

Оптимізація лікування гастроезофагеальної рефлюксної хвороби

О. О. Бондаренко¹, М. А. Бичков¹, О. А. Бідюк²

¹Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького, Україна

²Міська клінічна лікарня № 5, Львів, Україна

КЛЮЧОВІ СЛОВА

гастроезофагеальна рефлюксна хвороба, печія, фіброезофагогастроуденоскопія, лікування, пантопразол, Доктовіт

Метою медикаментозної терапії хворих на гастроезофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ) в минулому було обмежити вираженість та частоту симптомів, що забезпечувалось використанням кислотосупресивних препаратів — антацидів, альгінатів, H₂-блокаторів та інгібіторів протонної помпи (ІПП). «Адекватним» контролем захворювання визнавалася наявність симптомів ГЕРХ 1–2 рази на тиждень на тлі лікування, що проводилося. На даний час єдиним правильним варіантом терапії визнається тільки той, за допомогою якого досягається повна відсутність проявів ГЕРХ. Відповідно, ефективність терапії оцінюється за відсотковим співвідношенням пацієнтів, в яких вдалося повністю усунути симптоми хвороби [9].

Лікування ГЕРХ має бути комплексним та включати немедикаментозні методи та медикаментозну терапію. Низка немедикаментозних заходів добре відома як гастроентерологам, так і лікарям загальної практики. Насамперед, необхідно виключати прийом великих порцій їжі, оскільки чим більший об'єм вмісту, що потрапляє в шлунок, тим вищий відсоток пацієнтів із гастроезофагеальним рефлюксом (ГЕР) [3]. На появу ГЕР також впливає швидкість прийому їжі. Оскільки жир сповільнює моторику шлунку, послаблює тонус нижнього стравохідного сфінктеру (НСС), збільшує число і тривалість спонтанних релаксацій останнього, для попередження збільшення частоти ГЕР необхідно зменшити вміст жиру та підвищити кількість білку в добовому раціоні. У харчуванні пацієнтів потрібно уникати прийому їжі пізно ввечері, лежання після їжі. Останній прийом їжі має бути не пізніше ніж за 3 години до сну. Виключається смажене, шоколад та вироби з ним, чорна кáva, міцний чай, томати та citrusові, м'ята перцева, цибуля та часник у свіжому вигляді, газовані напої.

Обов'язковою є відмова від паління, оскільки нікотин знижує тиск в ділянці НСС, зменшує продукцію слини, що призводить до зниження езофагеального кліренсу — одного з патогенетичних факторів більш вираженого пошкодження слизової оболонки стравоходу (розвиток ерозивної форми рефлюксної хвороби). Аналогічно діє алкоголь, у зв'язку із чим необхідно переконати пацієнта відмовитися від зловживання спиртними напоями. Доведений більший негативний вплив на стравохідний кліренс білого вина, тому хворим з ГЕРХ рекомендовано надавати перевагу червоному вину.

Усіма доступними методами проводиться боротьба з надмірною масою тіла та ожирінням (корекція калорійності добового раціону, достатня фізична активність, тощо). Слід уникати тісного одягу та фізичних вправ, що провокують розвиток ГЕР.

Вкрай важливим є правильне положення тіла під час сну. Пацієнт має відпочивати з припіднятим на 15–18 см

узголів'ям ліжка [2, 6], що на практиці рідко виконується, тому в якості альтернативи можна порадити положення на лівому боці (в цьому випадку знижується частота спонтанних релаксацій НСС, зменшується кількість ГЕР) [6].

За можливістю слід виключити або обмежити прийом супутніх препаратів — індукторів ГЕРХ, які можуть знижувати тонус НСС або сповільнювати моторно-евакуаторну функцію шлунку (МЕФШ). До них відносяться: метилксантини (кофеїновмісні препарати), антихолінергічні середники, блокатори Са-каналів, периферичні вазодилатори, антигістамінні препарати, пероральні контрацептиви, трициклічні антидепресанти, транквілізатори, кардіоселективні β₁-блокатори, β-адреноміметики, α-адреноблокатори, інгібітори АПФ, нітрати, аналоги простагландинів, наркотичні анальгетики. Не рекомендується також приймати препарати, що подразнюють слизову оболонку стравоходу: тетрациклін, доксициклін, хлорид калію, солі заліза, нестероїдні протизапальні препарати [8].

Усі вищезазначені заходи проводяться на тлі адекватної кислотосупресивної терапії, оскільки тільки відносно надмірної маси тіла існують критерії, що відповідають медицині, яка базується на доказах. Відносно інших факторів (обмеження жирів, підйом узголів'я ліжка, тощо) можна констатувати: маючи певне значення, тільки лише ці зміни способу життя не можуть впливати на симптоми хвороби у більшості пацієнтів із ГЕРХ.

Найбільш ефективним варіантом медикаментозного лікування під час загострення ГЕРХ є «step-down» терапія з ІПП, які забезпечують найбільш швидкий контроль симптомів, загоєння слизової оболонки стравоходу при ерозивній рефлюксійній хворобі (ЕРХ), діагностичну визначеність, менші витрати на лікування та додаткові консультації [4].

Загоєння ерозій при ЕРХ (згідно з Монреальським консенсусом, більш вдалий термін — рефлюкс-езофагіт) у слабо- або безкислотному оточенні супроводжується відновленням багатoshарового плоского епітелію слизової оболонки, що можна досягти тільки за умови використання ІПП. Рефлюкс-езофагіт у кислому середовищі (навіть мінімальному, в т. ч. пульсовому) може призводити до розвитку потенційно передракового стану — стравоходу Барретта, тому потребує адекватної кислотосупресії при лікуванні всіх пацієнтів із ГЕРХ [5].

Незважаючи на високу ефективність ІПП, у низки хворих не вдається досягти бажаного результату. У таких випадках говорять про недостатню ефективність ІПП або рефрактерну ГЕРХ. Частіше не вдається досягти повного усунення симптомів у пацієнтів із неерозивною рефлюксною хворобою (НЕРХ), а також при серйозних пошкодженнях слизової оболонки стравоходу (С та D ступені за

Лос-Анджелеською класифікацією), екстраезофагеальних синдромах або за наявності ускладнень ГЕРХ [2]. До інших причин неефективності лікування відносять: слабкий комплаєнс, біодоступність ІПП, сповільнення МЕФШ (спостерігається у 40% хворих із даною патологією), наявність жовчного рефлюксу, інфікування *H. pylori* (дискутабельно, проте, за Маастрихтським консенсусом, необхідна антигелікобактерна терапія, в першу чергу, в якості канцеропревенції), нічні кислотні прориви, гіперсенситивність слизової оболонки стравоходу. Серед додаткових причин, що заслуговують на увагу: використання в лікуванні неякісних генеричних препаратів, вживання ІПП після закінчення їх терміну придатності або порушення умов їх збереження, неправильно поставлений діагноз (слід виключити можливі медикаментозний езофагіт, синдром Золінгера — Еллісона, ахалазію, гастропарез, функціональну печію, тощо).

На нашу думку, для оптимізації лікування пацієнтів із ГЕРХ, швидкого усунення її клінічних проявів, прискорення загоєння пошкоджень слизової оболонки стравоходу в разі ГЕРХ та, можливо, для попередження рецидивів і пролонгації ремісії до стандартизованого арсеналу медикаментів слід долучити репаранти з визначеним та патогенетично обґрунтованим механізмом дії. До таких репарантів на українському фармацевтичному ринку відноситься препарат Доктовіт®, який містить загальноклітинні (універсальні) вітаміни пластичного обміну U та B5.

Вітамін U (метилметіонін) є донором метильних груп, які необхідні для будівництва елементів та активного поділу епітеліальних клітин. Він дезактивує гістамін шляхом його метилювання й переводить його в неактивну форму, що сприяє нормалізації секреції шлунку, прискоренню загоєння ерозій та виразок і надає додаткову знеболюючу дію. Провітамін B₅ (декспантенол) забезпечує утворення енергії, необхідної для поділу та відновлення клітин, сприяє нормалізації секреторної функції та рухової активності шлунково-кишкового тракту (стимулює перистальтику внаслідок активації синтезу ацетилхоліну). Комбіноване використання двох вітамінів стимулює регенераційні процеси в слизовій оболонці шляхом синергічного забезпечення клітин енергією та пластичним матеріалом, прискорює поділ стовбурових клітин епітеліального шару слизової оболонки та забезпечує покращення диференціювання та активне функціонування утворених клітин.

Можливість використання препарату Доктовіт® в лікуванні ГЕРХ продемонстрована в низці досліджень і продовжує активно вивчатися в теперішній час [1].

Мета дослідження — оцінити ефективність включення до стандартної схеми лікування ерозивної форми ГЕРХ препарату Доктовіт®.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проведено на базі гастроентерологічного та поліклінічного відділень міської клінічної лікарні № 5 м. Львова. Скринінг пацієнтів тривав упродовж шести місяців і включав детальне фізикальне, клініко-лабораторне та інструментальне обстеження для верифікації діагнозу ГЕРХ. Критеріями включення до дослідження були наявність основних симптомів ГЕРХ та ендоскопічне підтвердження діагнозу. До критеріїв виключення були віднесені: цукровий діабет, супутня соматична патологія в стадії декомпенсації, онкологічні захворювання, наявність гелікобактерної інфекції, зловживання алкоголем. Перед початком дослідження всі хворі підписали інформовану згоду на участь у проекті.

Було рандомізовано 48 пацієнтів віком від 23 до 59 років, з них 32 чоловіки та 16 жінок. За результатами клінічного та ендоскопічного обстеження пацієнти були рівномірно розподілені на дві групи. Основна група з 24 хворих отримувала лікування за наступною схемою: пантопризол по 40 мг 2 рази на добу та Доктовіт® по 1 табл. 3 рази на добу. Група порівняння з 24 пацієнтів отримувала монотерапію пантопризолом у дозі 40 мг двічі на добу. Тривалість обох схем лікування складала 8 тижнів.

Динаміку клінічних проявів до та після лікування в обох групах аналізували за допомогою нової анкети-опитувальника GERD-Q (табл. 1). Була обрана частота вираженості симптомів ГЕРХ, яка оцінювалася за чотирма пунктами (відсутність симптомів, виникнення їх 1 день на тиждень, 2–3 дні та 4–7 днів на тиждень). Критерій відповідав Монреальському визначенню ГЕРХ [10]. Опитувальник заповнювався пацієнтами самостійно впродовж 5 хвилин. Анкета містила шість показників: печія та регургітація — свідчать на користь діагнозу ГЕРХ (характеристики ГЕРХ за Монреальським визначенням); нудота та епігастральний біль — прояви, що ставлять діагноз ГЕРХ під сумнів; порушення сну та прийом додаткових медикаментів [7].

Таблиця 1

Анкета-опитувальник GERD-Q

Запитання	0 днів	1 день	2–3 дні	4–7 днів
Як часто у Вас виникає печія?	0	1	2	3
Як часто Ви відчуваєте закид їжі зі шлунку у горло або ротову порожнину (регургітація)?	0	1	2	3
Як часто у Вас виникають болі у верхній частині живота?	3	2	1	0
Як часто у Вас виникає нудота?	3	2	1	0
Як часто у Вас виникають порушення сну через печію або регургітацію?	0	1	2	3
Як часто Ви вживаєте препарати для лікування печії або регургітації?	0	1	2	3

Кожний з 6 пунктів сформованої шкали оцінюється від 0 до 3 балів, при цьому для симптомів, що характерні для ГЕРХ: 0 — це відсутність симптому, 3 — його виникнення 4–7 разів на тиждень, і, навпаки, для проявів, що не притаманні ГЕРХ: 3 — повна відсутність симптому, 0 — його поява впродовж 4–7 днів на тиждень. Максимально

можлива сума балів за шкалою GERD-Q складає 18. Додатковою цінною характеристикою анкети є можливість визначити вплив симптомів захворювання на якість життя пацієнтів, що може допомогти при виборі тактики лікування. Пацієнти з сумарними оцінками від 3 і більше (з 6 можливих) на питання, що стосувалися розділів порушення

сну та вимушеного додаткового прийому медикаментів у зв'язку із симптомами ГЕРХ, що їх непокоїли, відмічали негативний вплив хвороби на загальне самопочуття, і взагалі за анкетною в них фіксувалися найбільші значення даної шкали. Крім того, при аналізі отриманих результатів спо-

стерігалася пряма кореляція між частотою виникнення симптому печії та загальним балом шкали.

Додатково пацієнти вели щоденник, де фіксували частоту та час виникнення симптомів. Ці дані оброблялись за критеріями (табл. 2), проводився їх подальший аналіз.

Таблиця 2

Оцінка печії у хворих		
Параметр	Характеристика	Бал
Частота	Відсутня	0
	Менше 2 разів на тиждень	1
	2–6 разів на тиждень	2
	Щоденно	3
Час виникнення	Відсутня	0
	Тільки вдень	1
	Тільки вночі	1
	Вдень і вночі	2

Статистичну обробку даних виконували за методами варіаційної статистики, достовірність різниці середніх величин оцінювали за критерієм t Ст'юдента ($p < 0,05$). Комп'ютерну обробку отриманих результатів проводили за допомогою програмного забезпечення SPSS Statistics 17.0.

Результати та їх обговорення

У всіх залучених у дослідження пацієнтів тип перебігу ГЕРХ мав рецидивуючий характер у 100% випадків. Анамнестична середня тривалість ЕРХ складала $3,4 \pm 0,65$ років.

Первинне тестування хворих за опитувальником GERD-Q підтвердило рівноцінність та зіставність сформованих груп, оскільки гастроентерологічна симптоматика до початку лікування в обох групах спостереження мала подібні прояви, обумовлені наявністю у пацієнтів ГЕРХ. У клінічній картині захворювання спостерігалася домінування рефлюкс-синдрому (печія, регургітація) за відсутності достовірної різниці між двома групами ($p > 0,05$). Результати опитувальника GERD-Q після лікування свідчать про значне покращення стану пацієнтів. В обох групах виявлено позитивну динаміку та відмічено достовірне зниження ($p < 0,05$) або навіть відсутність, порівняно з вихідними показниками, інтенсивності рефлюкс-синдрому, практично повністю відсутній больо-

вий синдром, значно покращилась якість сну через мінімізацію або відсутність нічних проявів ГЕРХ. Більш ефективні результати отримані в основній групі.

Усі пацієнти на момент включення в дослідження скаржилися на печію, яка значно погіршувала якість життя. Частота виникнення даної ознаки для пацієнтів основної групи становила в середньому $4,21 \pm 0,67$ днів на тиждень, а в групі порівняння — $4,35 \pm 0,71$ днів на тиждень відповідно ($p > 0,05$). В обох групах спостереження під впливом лікування була відстежена щоденна динаміка регресу печії. Ефективного контролю печії вдалося досягти в основній групі на $5 \pm 1,3$ день у 21 (87,5%) хворого, тоді як в групі порівняння результати були достовірно гірші і склали в середньому $8 \pm 1,1$ день у 19 (79%) пацієнтів ($p < 0,05$). Крім того, під час порівняльного аналізу додаткових параметрів печії (тривалість та інтенсивність) було достовірно доведено перевагу комплексної терапії в основній групі перед монотерапією в групі порівняння (табл. 3, рис. 1, 2).

До початку лікування рефлюкс-езофагіт було виявлено у всіх рандомізованих пацієнтів. Ендоскопічна характеристика хворих за ступенем тяжкості згідно з Лос-Анджелеською класифікацією (1996) до та на 8-й тиждень лікування представлена у табл. 4, рис. 3.

Таблиця 3

Показник	Основна група (Доктовіт®)		Група порівняння	
	До лікування (n=24)	Після лікування (n=23)	До лікування (n=24)	Після лікування (n=21)
Частота, днів на тиждень	$4,21 \pm 0,67$	$0,08 \pm 0,02^*$	$4,35 \pm 0,71$	$0,79 \pm 0,29^*$
Час виникнення, бали	$1,94 \pm 0,52$	$0,58 \pm 0,15^*$	$1,89 \pm 0,46$	$0,61 \pm 0,17$

Примітка: * $p < 0,05$ — достовірна різниця в показниках між групами після лікування.



Рис. 1. Порівняльний аналіз частоти виникнення печії двох груп спостереження (дні на тиждень).

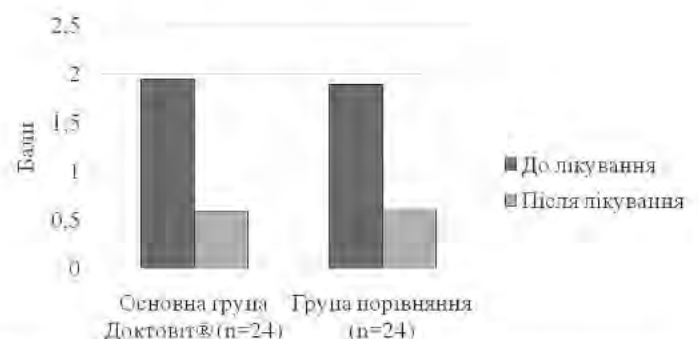


Рис. 2. Порівняльний аналіз тривалості печії двох груп спостереження (бали).

Результати ендоскопічного дослідження до та після лікування

Ступінь тяжкості	Основна група (Доктовіт®)		Група порівняння	
	До лікування (n=24, %)	Після лікування (n=23, %)	До лікування (n=24, %)	Після лікування (n=21, %)
Ступінь А	17 (71%)	0	16 (67%)	1 (5%)
Ступінь В	4 (17%)	1 (4%)	6 (25%)	2 (9,5%)
Ступінь С	3 (12%)	1 (4%)	2 (8%)	2 (9,5%)
Без патології	0	21 (92%)	0	16 (76%)

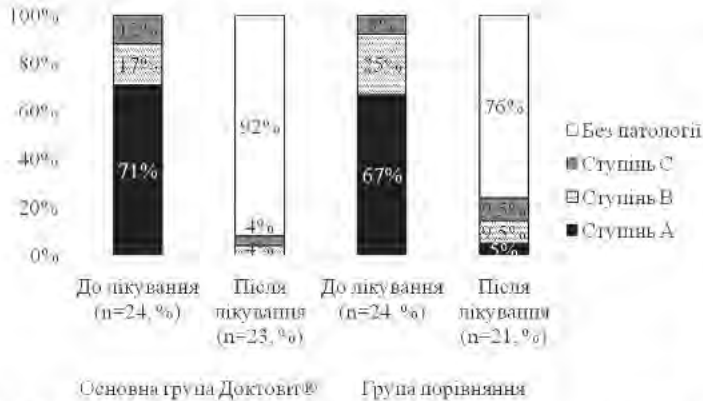


Рис. 3. Порівняльний аналіз результатів ендоскопічного дослідження за ступенем тяжкості двох груп спостереження (%).

Висновки

Використання комбінованої терапії ерозивної форми ГЕРХ у складі пантопрозолу та Доктовіту® дозволяє досягти більш ефективних результатів, ніж монотерапія ІПП. На тлі поєданого призначення пантопрозолу та Доктовіту® спостерігається більш швидка регресія інтенсивності клінічних ознак ГЕРХ, особливо, печії та супутніх диспепсичних проявів захворювання. Завдяки репаративним властивостям Доктовіту® вдалося усунути ендоскопічні ознаки ЕРХ у переважній більшості пацієнтів основної групи (92%), тоді як у групі порівняння відсутність змін з боку слизової оболонки стравоходу була виявлена лише у 76% хворих.

ЛІТЕРАТУРА

1. Губергриц Н. Б. И снова репаранты... / Н. Б. Губергриц, С. В. Налетов, П. Г. Фоменко // Сучасна гастроентерол. — 2013. — № 1. — С. 157–165.
2. Звягинцева Т. Д. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / Т. Д. Звягинцева, А. И. Чернобай // Ліки України — 2010. — № 5. — С. 20–25.
3. Степанов Ю. М. Сучасний погляд на гастроэзофагеальну рефлексну хворобу: реалії та перспективи / Ю. М. Степанов, І. Я. Будзак // Здоров'я України — 2006. — № 9.
4. Фадеенко Г. Д. Новый алгоритм медикаментозной терапии при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / Г. Д. Фадеенко, О. Я. Бабак, Т. А. Множина // Сучасна гастроентерол. — 2009. — № 4. — С. 4–7.
5. Чернявский В. В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Практические вопросы и пути решения / В. В. Чернявский // Рациональная фармакотер. — 2009. — № 4. — С. 15–19.
6. Шептулин А. А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: спорные и нерешенные вопросы / А. А. Шептулин // Клин. Медицина. — 2008. — № 6. — С. 8–12.
7. Шептулин А. А. Новая система оценки клинических симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / А. А. Шептулин // Рос. журн. гастроентерол., гепатол. и колопроктол. — 2008. — № 4. — С. 23–28.
8. Щербинина М. Б. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / М. Б. Щербинина. — Киев: Медицина, 2009. — 100 с.
9. American Gastroenterological Association Medical Position Statement on the management of gastroesophageal reflux disease / P. J. Kahrilas, N. J. Shaheen, M. F. Vaezi [et al.] // Gastroenterology. — 2008. — Vol. 135. — P. 1383–1391.
10. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus / N. Vakil, S. V. van Zanten, P. Kahrilas [et al.] // Am. J. Gastroenterol. — 2006. — Vol. 101. — P. 1900–1920.

УДК [616.33-008.17-031:611.329]-08

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ
ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ
РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИО. О. Бондаренко¹, М. А. Бичков¹, О. А. Бідюк²¹Львівський національний медичний
університет ім. Д. Галицького, Україна²Міська клінічна лікарня № 5, Львів, Україна**Ключові слова:** гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, печія, фіброєзофагогастроуденоскопія, лікування, пантопразол, Доктовіт®**Мета** — дослідити ефективність включення до стандартної схеми лікування ерозивної форми ГЕРХ препарату Доктовіт®.**Матеріали та методи.** Обстежено 48 пацієнтів із ГЕРХ віком від 23 до 59 років, з них 32 чоловіки та 16 жінок. Критеріями включення до дослідження були наявність основних симптомів ГЕРХ та ендоскопічне підтвердження діагнозу. За результатами клінічного та ендоскопічного обстеження пацієнти були рівномірно розподілені на 2 групи. Основна група з 24 хворих отримувала лікування за наступною схемою: пантопразол по 40 мг 2 рази на добу та репаратант Доктовіт® по 1 табл. 3 рази на добу. Група порівняння з 24 пацієнтів отримувала монотерапію пантопразолом у дозі 40 мг двічі на добу. Тривалість обох схем лікування складала 8 тижнів. Динаміку клінічних проявів до та після лікування в обох групах аналізували за допомогою нової анкети-опитувальника GERD-Q. Статистичну обробку отриманих результатів досліджень провели на комп'ютері за допомогою програмного забезпечення SPSS Statistics 17.0. Вірогідними вважали відмінності при рівні значимості $p < 0,05$.**Результати.** Анамнестично середня тривалість ерозивної форми ГЕРХ складала $3,4 \pm 0,65$ років. У клінічній картині захворювання до лікування спостерігалось домінування рефлюкс-синдрому (печія, регургітація) за відсутності достовірної різниці між двома групами ($p > 0,05$). Результати опитувальника GERD-Q після лікування свідчать про значне покращення стану пацієнтів. В обох групах виявлено позитивну динаміку та відмічено достовірне зниження ($p < 0,05$) або навіть відсутність, порівняно з вихідними показниками, інтенсивності рефлюкс-синдрому, практично повністю відсутній больовий синдром, значно покращилась якість сну через мінімізацію або відсутність нічних проявів ГЕРХ. Однак більш ефективні результати отримані в основній групі.**Висновки.** Встановлено, що на тлі лікування ерозивної форми ГЕРХ комбінацією пантопразолу та Доктовіт® спостерігалась більш швидка регресія інтенсивності клінічних ознак ГЕРХ, особливо, печії та супутніх диспепсичних проявів захворювання, а також вдалося усунути ендоскопічні ознаки ГЕРХ у більшості пацієнтів основної групи.

УДК [616.33-008.17-031:611.329]-08

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ
ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ
РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИО. А. Бондаренко¹, М. А. Бичков¹, О. А. Бидюк²¹Львовский национальный медицинский
университет им. Д. Галицкого, Украина²Городская клиническая больница № 5,
Львов, Украина**Ключевые слова:** гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, изжога, фиброэзофагогастроуденоскопия, лечение, пантопразол, Доктовит®**Цель** — исследовать эффективность включения в стандартную схему лечения эрозивной формы ГЭРБ препарата Доктовит®.**Материалы и методы.** Обследовано 48 пациентов с ГЭРБ в возрасте от 23 до 59 лет, из них 32 мужчины и 16 женщин. Критериями включения в исследование были наличие основных симптомов ГЭРБ и эндоскопическое подтверждение диагноза. По результатам клинического и эндоскопического обследования пациенты были равномерно распределены на две группы. Основная группа из 24 больных получала лечение по следующей схеме: пантопразол по 40 мг 2 раза в сутки и репаратант Доктовит® по 1 табл. 3 раза в сутки. Группа сравнения из 24 пациентов получала монотерапию пантопразолом в дозе 40 мг дважды в сутки. Продолжительность обеих схем лечения составляла 8 недель. Динамику клинических проявлений до и после лечения в обеих группах анализировали с помощью новой анкеты-опросника GERD-Q. Статистическую обработку полученных результатов исследований провели на компьютере с помощью программного обеспечения SPSS Statistics 17.0. Вероятными считали различия при уровне значимости $p < 0,05$.**Результаты.** Анамнестически средняя продолжительность эрозивной формы ГЭРБ составляла $3,4 \pm 0,65$ лет. В клинической картине заболевания до лечения наблюдалось доминирование рефлюкс-синдрома (изжога, регургитация) при отсутствии достоверной разницы между двумя группами ($p > 0,05$). Результаты опросника GERD-Q после лечения свидетельствуют о значительном улучшении состояния пациентов. В обеих группах выявлена положительная динамика и отмечено достоверное снижение ($p < 0,05$) или даже отсутствие, по сравнению с исходными показателями, интенсивности рефлюкс-синдрома, практически полностью отсутствует болевой синдром, значительно улучшилось качество сна из-за минимизации или отсутствия ночных проявлений ГЭРБ. Однако более эффективные результаты получены в основной группе.**Выводы.** Установлено, что на фоне лечения эрозивной формы ГЭРБ комбинацией пантопразола и Доктовита® наблюдалась более быстрая регрессия интенсивности клинических признаков ГЭРБ, особенно, изжоги и сопутствующих диспепсических проявлений заболевания, а также удалось устранить эндоскопические признаки ГЭРБ у большинства пациентов основной группы.OPTIMIZATION
OF GASTROESOPHAGEAL
REFLUX DISEASE TREATMENTO. O. Bondarenko¹, M. A. Bychkov¹, O. A. Bidiuk²¹Lviv National Medical University,
n. a. D. Halitsky, Ukraine²Municipal clinical hospital No 5, Lviv, Ukraine**Key words:** gastroesophageal reflux disease, heartburn, fiber esophagogastroduodenoscopy, treatment, pantoprazole, Doktovit®**The aim** was to investigate the effectiveness of the inclusion of Doktovit® preparation into a standard treatment of GERD erosive form.**Materials and methods.** The study involved 48 patients GERD aged from 23 to 59, including 32 men and 16 women. The criteria for inclusion in the study were presence of the main symptoms of GERD and endoscopic confirmation of the diagnosis. According to the results of clinical and endoscopic examination, patients were divided into two groups. The main group of 24 patients was treated as follows: pantoprazole 40 mg 2 times a day and reпаратант Doktovit® 1 tablet 3 times a day. The comparison group of 24 patients received monotherapy with pantoprazole 40 mg twice a day. The duration of both regimens was 8 weeks. The dynamics of clinical manifestations before and after treatment in both groups was analyzed using a new questionnaire GERD-Q. Statistical analysis of the results of research was conducted on the computer with the use of software SPSS Statistics 17.0. Differences were considered probable upon the level of significance $p < 0,05$.**Results.** The average length of a history of erosive GERD form was $3,4 \pm 0,65$ years. Reflux syndrome (heartburn, regurgitation) dominated in the clinical picture of disease before treatment in the absence of significant differences between two groups ($p > 0,05$). The results of the questionnaire GERD-Q after treatment showed a significant improvement of the patients' condition. Both groups revealed a positive trend and showed a significant decrease ($p < 0,05$) or even absence of the intensity of reflux syndrome, as compared with initial indices, almost absent pain syndrome, significantly improved sleep quality by minimizing or absence of nocturnal GERD manifestations. However, better results were obtained in the main group.**Conclusions.** It was stated that during treatment of erosive GERD by combination of pantoprazole and Doktovit® faster intensity regression of clinical symptoms of GERD, especially heartburn and related dyspeptic symptoms of disease, was observed, and we also could remove endoscopic features of GERD in the majority of patients of the main group.