

## ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ МЕЛЬДОНІУ У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ НАПРУГИ ТА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ

©О. С. Хухліна, В. Ю. Дрозд

*Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет»*

**РЕЗЮМЕ. Мета** – вивчити вплив мельдонію (Вазонату) на перебіг гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби, клініку ГЕРХ, показники ендоскопічного дослідження стравоходу та його рН-моніторингу за коморбідної стабільної стенокардії напруги.

**Матеріали та методи.** У дослідження включено 63 хворих на стабільну стенокардію напруги I-II ФК із коморбідною ендоскопічно позитивною ГЕРХ (А, В, С) віком від 48 до 79 років. На початку дослідження та через 30 днів після лікування усім хворим було проведено клінічне (скарги, опитувальник GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale)) та інструментальне (езофагогастроуденофіброскопія та 24-годинна рН-метрія нижньої третини стравоходу) дослідження із метою виявлення вираженості симптомів, стану слизової оболонки стравоходу, частоти виникнення, кількості, тривалості та типу (кислі, лужні) гастроєзофагеальних рефлюксів. Усіх хворих, що брали участь у дослідженні, було поділено на дві групи: 1 (n=31) приймала базову терапію для лікування стабільної стенокардії напруги (нітрати, бета-адреноблокатори, статини, клопидогрель) та ГЕРХ (інгібітор протонної помпи, прокінетик, антацид) у середніх терапевтичних дозах, 2 група (n=32) отримувала аналогічну базисну терапію, за виключенням нітратів, та, додатково, мельдоній (Вазонат) по 500 мг 2 рази на добу упродовж 30 днів.

**Результати.** Аналіз отриманих результатів показав, що у пацієнтів 2 групи додавання Вазонату до базової терапії приводить до зменшення частоти та інтенсивності симптомів гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ), відновлення кліренсу стравоходу з істотним зменшенням частоти виникнення, кількості за добу, тривалості кислих гастроєзофагеальних рефлюксів, порівняно з пацієнтами, що отримували лише базисну терапію стабільної ІХС та ГЕРХ, у яких клінічні симптоми ГЕРХ навпаки посилились.

**Висновки.** У хворих на стабільну стенокардію напруги та гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу виявлено виражену симптоматику ГЕРХ, підвищення частоти виникнення, кількості за добу, тривалості кислих гастроєзофагеальних рефлюксів, порушення процесів кліренсу стравоходу. Додаткове призначення мельдонію (Вазонату) на тлі базисної терапії хворих на стабільну стенокардію напруги та гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу дозволило усунути клінічну симптоматику, істотно зменшити частоту, тривалість та кількість епізодів кислих гастроєзофагеальних рефлюксів, що сприяло повному загоєнню рефлюкс-езофагіту.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** стабільна стенокардія напруги; гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба; мельдоній; 24-годинна рН-метрія; печія; одинофагія.

**Вступ.** Ведення хворих з ІХС – одна із найсуперечливіших проблем сучасної кардіології. Адже, із одного боку, у сучасних терапевтичних стандартах досить чітко визначено тактику, а з іншого – стандартизовану тактику потрібно моделювати, враховуючи наявність коморбідної патології. Однією із найпоширеніших коморбідних захворювань ІХС є гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ). Близько 40 % хворих на ІХС мають ураження гастроєзофагеальної зони, а в 62,7 % гастроентерологічних хворих трапляються супутні захворювання ССС [3,6]. Тому у людей літнього віку ГЕРХ є не тільки самостійною гастроентерологічною проблемою, а й фактором ускладнення діагностики та лікування ІХС [2, 5, 9, 10]. І навпаки.

До стандартів терапії серцево-судинної патології включено препарати, що мають високу доказову базу ефективності та впливають на нейрогуморальні ланки патогенезу: β-адреноблокатори, антагоністи кальцію, інгібітори активності ренін-ангіотензин-альдостеронової системи, органічні нітрати, антиагреганти, гіполіпідемічні

препарати [1]. Вищезгадані препарати можуть призводити до функціональної недостатності нижнього стравохідного сфінктера (НСС) [8]. Ацетилсаліцилова кислота (АСК), за рахунок стимуляції секреції соляної кислоти і пепсиногену, посилення апоптозу епітеліальних клітин, підвищення утворення вільних радикалів, має ульцерогенну дію. Разом з тим, пригнічення АСК активності ферменту циклооксигенази-1 (ЦОГ-1) викликає порушення синтезу простагландинів, зниження кровотоку в слизовій оболонці шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК), зменшення синтезу слизу і бікарбонатів.

Існує й інша «сторона медалі» лікування пацієнтів із коморбідним перебігом стабільної ІХС та ГЕРХ. Ефективна медикаментозна терапія хворих ГЕРХ включає призначення інгібіторів протонної помпи (ІПП), антацидів (альгінатів), прокінетиків. Прокінетики, які впливають на дофамінову ланку регуляції моторики шлунково-кишкового тракту (ШКТ), викликають подовження інтервалу Q-T та гіперпролактинемію. Даний факт (подовження інтервалу Q-T) може вказувати на більш високий

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему

ризик розвитку фатальних аритмій [7]. Ефекти гіперпролактинемії відомі: це гіперхолестеролемія, дисліпідемія, розвиток інсулінорезистентності, стимуляція проліферації ендотелію судин. Він є антагоністом вазоінтестинального пептиду, тому сповільнює кінетичну функцію ШКТ, є вазоконстриктором та регулятором повільної фази сну (сприяє появі «нічних рефлюксів») [11]. Вищеперераховані ефекти гіперпролактинемії взаємобтяжують перебіг як ІХС, так і ГЕРХ.

**Мета** – вивчити вплив мельдонію (Вазонат) на перебіг гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби, клініку ГЕРХ, показники ендоскопічного дослідження стравоходу та його рН-моніторингу за коморбідної стабільної стенокардії напруги.

**Матеріал та методи дослідження.** У дослідження включено 63 хворих на стабільну стенокардію напруги І-ІІ ФК із коморбідною ГЕРХ (А, В, С) віком від 48 до 79 років. На початку дослідження та через 30 днів після лікування усім хворим було проведено клінічне обстеження, езофагогастроуденофіброскопію та 24-годинну рН-метрію нижньої третини стравоходу з метою виявлення стану слизової оболонки стравоходу, частоти виникнення, кількості, тривалості та типу (кислі, лужні) гастроєзофагеальних рефлюксів. Для оцінки скарг пацієнтів вивчали типові симптоми ГЕРХ: печія, відрижка кислим або повітрям, одинофагія (біль за грудниною під час ковтання). Оцінку типових клінічних проявів проводили за частотою виникнення та інтенсивністю, використовуючи 5-бальну шкалу [4]. Додатково використовували й опитувальник GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale), щоб оцінити вираженість шлунково-кишкових симптомів у хворих всіх груп. Усіх хворих, що брали участь у дослідженні, було поділено на дві групи: 1 (n=31) приймала базову терапію для лікування стабільної стенокардії напруги (нітрати, бета-адреноблокатори, статини, клопидогрель) та ГЕРХ (інгібітор протонної помпи, прокінетик, антацид) у середніх терапевтичних дозах, 2 група (n=32) отримувала аналогічну базисну терапію, за винятком нітратів, та, додатково, мельдоній (Вазонат) по 500 мг 2 рази на добу упродовж 30 днів.

**Результати й обговорення.** До лікування у клінічній картині пацієнтів обох груп було виявлено наступну симптоматику ГЕРХ: 93,5 % (29 осіб) пацієнтів 1 групи та 93,8 % (30 осіб) пацієнтів 2 групи скаржилися на наявність печії, інтенсивність якої у пацієнтів обох груп була практично однаковою і у середньому становила  $(4,1 \pm 0,8)$  балів, а частота виникнення –  $(3,9 \pm 1,1)$  балів. Симптоматика відрижки кислим або повітрям до лікування була виявлена у 90,3 % (28 осіб) пацієнтів 1 групи, інтенсивність її у середньому становила  $(4,0 \pm 0,5)$

балів, а частота виникнення –  $(3,6 \pm 1,2)$  балів; у пацієнтів 2 групи – 93,7 % (30 осіб), інтенсивністю  $(3,8 \pm 0,6)$  балів та частотою виникнення –  $(3,7 \pm 0,9)$  балів. На одинофагію скаржилися 61,2 % (19 осіб) хворих 1 групи, інтенсивність –  $(3,3 \pm 0,4)$  балів, частота –  $(3,0 \pm 0,9)$  балів, та 62,5 % (20 осіб) хворих 2 групи, інтенсивність –  $(3,1 \pm 0,6)$  балів, частота –  $(3,3 \pm 0,7)$  балів. Аналізуючи дані, отримані у 63 хворих на ІХС та ГЕРХ обох груп дослідження за допомогою опитувальника GSRS до лікування, ми встановили рівнозначну клінічну симптоматику гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби. Абдомінальний біль турбував пацієнтів в основному помірно ( $(7,17 \pm 1,02)$  – 1 група та  $(7,26 \pm 0,9)$  – 2 група). Рефлюкс-синдром турбував обстежених хворих значно ( $(17,2 \pm 1,5)$  – 1 група та  $(17,3 \pm 1,4)$  – 2 група). За даними езофагогастроуденофіброскопії ерозивна форма ГЕРХ була виявлена у 88 % обстежених групи, що отримувала додатково мельдонію дигідрат (Вазонат), а неерозивна – 12 %. При цьому рефлюкс-езофагіт ступеня А (рис. 1) виявлено у 42 (66 %) хворих, ступеня В – у 20 (32 %) хворих та ступеня С – у 1 (2%) хворого. Ці показники езофагогастроуденофіброскопії до лікування суттєво не відрізнялися від показників пацієнтів, що отримували базисну терапію. Аналізуючи дані 24-годинної рН-метрії за коморбідного перебігу ІХС із ГЕРХ можна зробити висновок, що у хворих на ІХС та ГЕРХ обох груп у середньому показники добового моніторингу рН стравоходу характеризуються наявністю середнього ступеня тяжкості ГЕРХ, без значної міжгрупової різниці.

Аналіз отриманих, після 30-денного лікування результатів показав, що у пацієнтів 2 групи додавання Вазонату до базової терапії приводить до швидкого вірогідного підвищення рН стравоходу в межах 23–30 % ( $p < 0,05$ ), зменшення кількості епізодів гастроєзофагеального (ГЕР) рефлюксу ( $p < 0,05$ ), як клінічно (зменшення частоти епізодів печії, одинофагії, від-



Рис. 1. Гастроєзофагеальний рефлюкс. Ерозивний рефлюкс-езофагіт ступеня А.

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему

рижки кислим чи повітрям), так і за даними езофагогастроудоденофіброскопії – загоєння ерозивного езофагіту, на відміну від показників у 1 групі хворих, де клінічні симптоми ГЕРХ, навпаки, посилились.

Порівнюючи результати, отримані з використанням опитувальника GSRS до лікування пацієнтів та після нього можна чітко прослідкувати, що частота виявлення абдомінального болю у пацієнтів 2 групи зменшилася на 81,3 %, а у хворих першої групи – лише на 35,3 %. Регрес клінічної симптоматики пацієнтів, які додатково до базової терапії приймали Вазонат, перевищує аналогічні величини пацієнтів першої групи у 2,3 раза ( $p < 0,05$ ). Міжгрупова різниця середнього значення вираженості клінічної симптоматики абдомінального болю після лікування становила 64,7 %, із переважання регресу у другій групі ( $p < 0,05$ ). Аналізуючи клінічні ознаки рефлюкс-синдрому у динаміці лікування ми спостерігали зменшення частоти виявлення скарг у пацієнтів 2 групи на 90,6 %, що перевищувало результати першої групи у 2 рази ( $p < 0,05$ ). А середнє значення балів, що відображають вираженість симптомів рефлюкс-синдрому у пацієнтів 2 групи, в 1,7 раза перевищувало середнє значення пацієнтів 1 групи. Решта запитань опитувальника не мала діагностичного значення та отримані відповіді на запитання, що не стосуються ГЕРХ симптоматики, були клінічно несуттєвими.

#### ЛІТЕРАТУРА

Коваленко О. М. Корекція ендотеліальної дисфункції в терапевтичній стратегії серцево-судинної патології / О. М. Коваленко, В. В. Родіонова // Кардиологія: от науки к практике. – 2016. – № 2 (21). – С. 31–38.

Новые возможности в патогенетической терапии пациентов с хронической ишемией мозга и хронической ишемической болезнью сердца / В. Ю. Приходько, Д. О. Кашковский, Е. А. Кононенко, В. М. Приходько // Семейная медицина. – 2015. – № 6 (62). – С. 96–100.

Приходько В. Ю. Особливості перебігу гастро-езофагеальної рефлюксної хвороби у літніх людей / В. Ю. Приходько, Д. Ю. Морєва // Пробл. старения и долголетия. – 2015. – № 1. – С. 58–77.

Соломенцева Т. А. Клініко-ендоскопічні особливості гастро-езофагеальної рефлюксної хвороби із супутнім дуоденогастральним рефлюксом / Т. А. Соломенцева, І. Е. Кушнір, В. Б. Жукова // Сучасна гастроентерологія. – 2009. – № 2 (46). – С. 34–37.

Гастро-езофагеальна рефлюксна хвороба: адаптована клінічна настанова, заснована на доказах / Н. В. Харченко, О. Я. Бабак, П. Д. Фомін [та ін.]. – К., 2013. – 31 с.

Гетман С. И. Комплексная терапия ИБС: в фокусе антигипоксанта / С. И. Гетман, В. С. Задионченко,

За результатами 24-годинного рН-моніторингу порожнини стравоходу ( $p < 0,05$ ) виявили зменшення загального часу з  $pH < 4$  на 32 % ( $p < 0,05$ ), зменшення показника кількості рефлюксів з  $pH < 4$  у середньому на 28 % ( $p < 0,05$ ), зменшення кількості рефлюксів, що тривали більше 5 хв, у 2,8 раза, порівняно із показниками пацієнтів 1 групи після лікування ( $p < 0,05$ ), та зменшення середнього значення максимально тривалого рефлюксу у 1,5 раза, порівняно із аналогічним показником пацієнтів 1 групи, які отримували базову терапію.

**Висновок.** У хворих на стабільну стенокардію напруги та гастро-езофагеальну рефлюксну хворобу було виявлено підвищення частоти виникнення, кількості за добу, тривалості кислих гастро-езофагеальних рефлюксів, порушення процесів кліренсу стравоходу. Додаткове призначення мельдонію (Вазонату) на тлі базисної терапії хворих на стабільну стенокардію напруги (крім нітратів) та гастро-езофагеальну рефлюксну хворобу дозволило усунути клінічну симптоматику, істотно зменшити частоту, тривалість та кількість епізодів кислих гастро-езофагеальних рефлюксів, що сприяло повному загоєнню рефлюкс-езофагіту.

**Перспективою подальших досліджень** буде вивчення сироваткового рівня пролактину та даних холтеровського моніторингу ЕКГ хворих на стабільну стенокардію напруги ФК І–ІІ та гастро-езофагеальну рефлюксну хворобу.

А. А. Ялымов // РМЖ. – 2016. – № 14. – С. 917–922.

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки, вызванных нестероидными противовоспалительными препаратами / В. Т. Ивашкин, А. А. Шептулин, И. В. Маев [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. – 2014. – № 6. – С. 89–94.

Маев И. В. Кардиальный синдром при гастро-езофагеальной рефлюксной болезни: проявления, частота и причины возникновения, способы устранения / И. В. Маев, А. Н. Казюлин, Л. Г. Юренев // Кардиология и ангиология. – 2014. – № 3. – С. 54–61.

Пахомова И. Г. Современный взгляд на терапию ГЭРБ: возможности патогенетической и симптоматической терапии / И. Г. Пахомова, Н. В. Барышникова // Русский медицинский журнал «Гастроэнтерология». – 2016. – № 11. – С. 660–665.

Сьяксте Н. И. Роль индукции NO в механизме действия цитопротектора Олвазола – оригинального регулятора эндотелиальной функции / Н. И. Сьяксте, М. Я. Дзинтаре, И. Я. Калвиньш // Медицинские перспективы. – 2012. – Т. 17, № 2. – С. 4–13.

#### REFERENCES

1. Kovalenko, O.M., & Rodionova V.V. (2016). Korektsiia endotelialnoi dysfunktsii v terapiychnii stratehii sertsevo-sudynnoi patolohii [*Correction of endothelial dysfunction in therapeutic strategy for cardiovascular disease*]. *Kardiologiya: ot nauky k praktyke – Cardiology: from Science to Practice*, 2 (21), 31-38 [in Ukrainian].

2. Prykhodko, V.Yu., Kashkovskiy, D.O., Kononenko, E.A., & Prykhodko, V.M. (2015). Novye vozmozhnosti v patohenetycheskoi terapii patsyentov s khronycheskoy ishemiey mozga khronicheskoy ishemicheskoy boleznnyu serdtsa [New possibilities in pathogenetic therapy of patients with chronic ischemia of the brain and chronic ischemic heart disease]. *Semeynaya medytyna – Family Medicine*, 6 (62), 96-100 [in Russian].

3. Prykhodko, V.Yu., & Morieva, D.Yu. (2015). Osoblyvosti perebihu hastroezofahealnoi refliuksnoi khvoroby u litnikh liudei [Peculiarities of gastroesophageal reflux disease in the elderly]. *Probl. stareniya i dolgoletiya – Problems of Aging and Longevity*, 1, 58-77. [in Ukrainian].

4. Solomentseva, T.A., Kushnir, I.E., Zhukova, V.B. (2009). Kliniko-endoskopichni osoblyvosti hastroezofahealnoi refliuksnoi khvoroby iz suputnim duodenohastralnym refliuksom [Clinical and endoscopic features of gastroesophageal reflux disease with concomitant reflux duodenogastral]. *Suchasna hastroenterolohiia – Modern Gastroenterology*, 2 (46), 34-37 [in Ukrainian].

5. Kharchenko, N.V., Babak, O.Ya., & Fomin P.D. (2013). *Hastroezofahealna refliuksna khvoroba: Adaptovana klinichna nastanova, zasnovana na dokazakh [Gastroesophageal reflux disease: clinical guidelines adapted, based on the evidence]*. Kyiv [in Ukrainian]

6. Getman, S.I., Zadionchenko, V.S., Yalyimov, A.A. (2016). *Kompleksnaya terapiya IBS: v fokuse antigipoksantyi [Complex therapy of ischemic heart disease: in antihypoxants focus]*. RMZh [in Russian]

7. Ivashkin, V.T., Sheptulin, A.A., Maev, I.V., Baranskaya, E.K., Truhmanov, A.S., & Lapina, T.L. (2014). Klin

icheskie rekomendatsii Rossiyskoy gastroenterologicheskoy assotsiatsii po diagnostike i lecheniyu erozivno-yazvennykh porazheniy zheludka i dvenadtsatiperstnoy kishki, vyzvannykh nesteroidnymi protivovospalitelnyimi preparatami [Clinical recommendations of the Russian gastroenterological association for the diagnosis and treatment of erosive and ulcerative lesions of the stomach and duodenum caused by non-steroidal anti-inflammatory drugs]. *Rossiyskiy zhurnal gastroenterologii, gepatologii i koloproktologii – Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology and Coloproctology*, 6, 89-94. [in Russian]

8. Maev, I.V., Kazyulin, A.N., & Yurenev, L.G. (2014). Kardialnyy sindrom pri gastroezofagialnoy refliuksnoy boleznny: proyavleniya, chastota i prichiny vznikonoveniya, sposoby ustraneniya [Cardiac syndrome with gastroesophageal reflux disease: manifestations, frequency and causes, methods of elimination]. *Kardiologiya i angiologiya – Cardiology and Angiology*, 3, 54-61 [in Russian].

9. Pahomova, I.G., & Baryshnikova, N.V. (2016). Sovremennyy vzglyad na terapiyu GERB: vozmozhnosti patogeneticheskoy i simptomaticheskoy terapii [Modern view on GERD therapy: the possibilities of pathogenetic and symptomatic therapy]. *Russkiy meditsinskiy zhurnal «Gastroenterologiya» – Russian Medical Journal "Gastroenterology"*, 11, 660-665 [in Russian].

10. Syakste, N.I., Dzintare, M.Ya., & Kalvinsh, I.Ya. (2012). Rol induktsii NO v mehanizme deystviya tsitoprotektora Olvazola – originalnogo regulatora endotelialnoy funktsii [The role of induction of NO in the mechanism of action of the cytoprotector Olvazole – the original regulator of endothelial function]. *Medychni perspektyvy – Medical Perspectives*, 17 (2), 4-13 [in Russian].

11. Singh, M. (2013). Weight loss can lead to resolution of gastroesophageal reflux disease symptoms: a prospective intervention trial. *Obesity (Silver Spring)*, 21 (2), 284-290.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕЛЬДОНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ И ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

©О. С. Хухлина, В. Ю. Дрозд

Высшее государственное учебное заведение Украины «Буковинский государственный медицинский университет»

**РЕЗЮМЕ. Цель.** Изучить влияние мельдония (Вазоната) на течение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, клинику ГЭРБ, показатели эндоскопического исследования пищевода и его pH-мониторирования при коморбидной стабильной стенокардии напряжения.

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему

**Матеріали і методи.** В дослідження включено 63 хворих стабільною стенокардією напруження I-II ФК з коморбідною ендоскопічно позитивною ГЭРБ (А, В, С) в віці від 48 до 79 років. В початку дослідження і через 30 днів після лікування всім хворим було проведено клінічне (жалоби, опросник GSRС (Gastrointestinal Symptom Rating Scale)) і інструментальне (езофагогастродуоденофіброскопія і 24-годинна рН-метрія нижньої треті їжі) дослідження з метою виявлення вираженості симптомів, стану слизової оболонки їжі, частоти, кількості, тривалості і типу (кислі, лужні) гастроєзофагеальних рефлюксів. Всі хворі, які брали участь в дослідженні, були поділені на дві групи: 1 (n=31) приймала базисну терапію для лікування стабільної стенокардії напруження (нітрати, бета-адреноблокатори, статини, клопидогрель) і ГЭРБ (інгібітор протонної помпи, прокінетик, антацид) в середніх терапевтичних дозах, 2 група (n=32) отримувала аналогічну базисну терапію, за виключенням нітратів, і, додатково, мелдоній (Вазонат) по 500 мг 2 рази в день впродовж 30 днів.

**Результати.** Аналіз отриманих результатів показав, що у пацієнтів 2 групи додавання Вазоната до базисної терапії призводить до зменшення частоти і інтенсивності симптомів гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЭРБ), відновленню кліренсу їжі з суттєвим зменшенням частоти, кількості рефлюксів в день, тривалості кислих гастроєзофагеальних рефлюксів, в порівнянні з даними пацієнтів, які отримували тільки базисну терапію стабільної ІБС і ГЭРБ, у яких клінічні симптоми ГЭРБ, навпаки, зміцнилися.

**Висновки.** У хворих стабільною стенокардією напруження і гастроєзофагеальної рефлюксною хворобою було виявлено виражену симптоматику ГЭРБ, підвищення частоти виникнення, кількості в день, тривалості кислих гастроєзофагеальних рефлюксів, порушення процесів кліренсу їжі. Додаткове призначення мелдонію (Вазоната) на фоні базисної терапії хворих стабільною стенокардією напруження і гастроєзофагеальної рефлюксною хворобою дозволило усунути клінічну симптоматику, суттєво зменшити частоту, тривалість і кількість епізодів кислих гастроєзофагеальних рефлюксів, що сприяло повному заживленню рефлюкс-езофагита.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** стабільна стенокардія напруження; гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба; мелдоній; 24-годинна рН-метрія; изжога; одинофагія.

## EXPERIENCE OF MELDONIUM IN COMBINED THERAPY OF STABLE ANGINA AND GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

©O. S. Huhlina, V. Y. Drozd

*Bukovynian State Medical University*

**SUMMARY. The aim** of the work. To learn the meldonium (VAZONAT) effect on the course of gastroesophageal reflux disease, GERD clinic, indicators endoscopy of the esophagus and its pH monitoring with comorbid stable angina.

**Materials and Methods.** The study included 63 patients with stable angina pectoris I-II FC with comorbid endoscopically positive GERD (A, B, C) aged 48 to 79 years. At baseline and after 30 days of treatment all patients underwent (complaint questionnaire GSRС (Gastrointestinal Symptom Rating Scale)) and instrumental (esophagogastroduodenofibroscope and 24-hour pH-measuring lower third of the esophagus) in order to identify the state of the esophageal mucosa, the frequency of occurrence, an amount, length and type (acid, alkaline) of gastroesophageal reflux. All patients involved in the study were divided into two groups: I (n=31) took the basic therapy for the treatment of stable angina (nitrates, beta-blockers, statins, clopidogrel) and GERD (proton pump inhibitors, prokinetic, antacid) in medium therapeutic doses, 2nd group (n=32) received the same basic therapy, except for nitrates, and, in addition, meldonium (Vazonat) 500 mg 2 times a day for 30 days.

**Results.** Analysis of the results showed that patients in group II which had Vazonat to base treatment leads to a reduction of severity of gastrointestinal symptoms, restoring the clearance of the esophagus with a significant decrease of occurrence, quantity per day, duration of acid gastroesophageal reflux, compared with those patients that received only basic therapy treatment of stable angina and GERD, where the clinical symptoms of GERD contrary strengthened.

**Conclusions.** In patients with stable angina pectoris and gastroesophageal reflux disease was found increased frequency of occurrence, quantity per day, duration of acid gastroesophageal reflux, changes of esophageal clearance.

Additional assignment of meldonium (Vazonat) with the basic treatment in patients with stable angina pectoris and gastroesophageal reflux disease gave opportunity to eliminate clinical symptoms, significantly reduce the frequency, duration and number of episodes of acid gastroesophageal reflux, which helped the full healing of reflux esophagitis.

**KEY WORDS:** stable angina; gastroesophageal reflux disease; meldonium; 24-hour pH-metry; heartburn; odynophagia.

Отримано 12.03.2017