

ВОССТАНОВЛЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ УСТРАНЕНИЕМ И ПРЕДОТВРАЩЕНИЕМ ИЗЖОГИ АЛЬГИНАТОМ: РЕЗУЛЬТАТЫ МНОГОЦЕНТРОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ «ВИА АПИА»

Лазебник Л. Б.¹, Бордин Д. С.¹, Машарова А. А.¹, Джулай Г. С.², Бутов М. А.³, Абдулхаков Р. А.⁴,
Еремина Е. Ю.⁵, Тарасова Л. В.⁶, Сафонова О. В.¹, Фирсова Л. Д.¹, Кожурина Т. С.¹

¹ Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии, Москва

² Тверская государственная медицинская академия

³ Рязанский государственный медицинский университет имени И. П. Павлова

⁴ Казанский государственный медицинский университет

⁵ Мордовский государственный университет имени Н. П. Огарева, Саранск

⁶ Чувашский государственный университет имени И. Н. Ульянова, Чебоксары

Бордин Дмитрий Станиславович
111123, Москва, шоссе Энтузиастов, д. 86
Тел.: 8 (495) 304 9551
E-mail: dbordin@mail.ru

РЕЗЮМЕ

Проведено многоцентровое исследование влияния лечения суспензией гевискона форте на симптомы, самочувствие и качество жизни больных ГЭРБ «ВИА АПИА». Обследовано 148 больных (53 мужчины, 95 женщин, возраст $42,9 \pm 15,6$ года). Оценивалась динамика симптомов ГЭРБ (шкала Likert), самочувствия (визуально-аналоговая шкала, опросник SAN), качества жизни больных (опросник SF-36). Показано, что двухнедельное лечение обеспечивает стойкое купирование изжоги и регургитации у 84,5% больных, что сопровождается значимым улучшением всех тестируемых показателей самочувствия и качества жизни больных. Гевискон форте рекомендован в качестве препарата выбора для инициального лечения больных, впервые обратившихся с изжогой, до проведения эндоскопии и средства патогенетической терапии эндоскопически негативной ГЭРБ.

Ключевые слова: ГЭРБ; альгинат; гевискон форте; клиническая эффективность; качество жизни.

SUMMARY

Was conducted a multicenter study VIA APIA, in which the impact of gaviscon forte (suspension) on symptoms, general state and quality of life of 148 patients (male 53, female 95, age 42.9 ± 15.6) with gastroesophageal reflux disease (GERD) were investigated. The patients had undergone clinical evaluation of dynamics of GERD symptoms (Likert scale), general state (Visual Analogue Scale, questionnaire SAN) and quality of life (SF-36). It was shown that 14-days treatment with gaviscon forte provided symptoms relief in 84.5% patients and conducted improvement of general state and quality of life. Gaviscon forte recommended as drug of choice in initial treatment for the first time visited patient with heartburn before endoscopy and for pathogenetic treatment of typical reflux syndrome.

Keywords: gastroesophageal reflux disease; GERD, alginates; gaviscon forte; clinical efficacy; quality of life.

Изжога является одним из наиболее частых симптомов, встречаемых в популяции. Московское эпидемиологическое исследование, проведенное в 2003 году, выявило изжогу у 39,7% респондентов,

из них раз в неделю и чаще она беспокоила 17,6% [1]. Популяционное многоцентровое исследование МЭГРЕ показало, что изжогу испытывает 47,5% взрослых жителей России, раз в неделю и чаще — 9%

[2]. Многоцентровое исследование АРИАДНА выявило изжогу у 59,7% опрошенных посетителей поликлиник, в том числе частую (2–3 раза в неделю и чаще) — у 22,7% [3]. Как правило, изжога является следствием заброса содержимого желудка в пищевод (гастроэзофагеального рефлюкса, ГЭР), потому ее наряду с регургитацией считают наиболее характерным симптомом гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) [4]. Изжога оказывает значительное влияние на самочувствие и качество жизни больных. Она ограничивает повседневную деятельность (занятия спортом, туризм, общение с детьми, сексуальную жизнь), уменьшает эффективность труда, удовольствие от приема пищи, ухудшает сон [5].

Целями терапии ГЭРБ являются быстрое купирование и контроль симптомов, улучшение самочувствия и качества жизни больного, лечение и предотвращение осложнений, прежде всего рефлюкс-эзофагита. Для лечения осложнений и контроля симптомов наиболее эффективны ингибиторы протонной помпы (ИПП). Однако вследствие длительного латентного периода их первый прием полностью купирует изжогу лишь у трети больных. Поэтому они не являются средством скорой помощи при изжоге. Для быстрого облегчения изжоги предназначены антациды и препараты альгиновой кислоты (альгинаты) [6]. Сравнительные исследования их эффективности демонстрируют преимущества альгинатов [7], что объясняется принципиальным отличием их фармакокинетики.

В основе действия антацидов лежит химическая нейтрализация соляной кислоты, инаktivация пепсина, адсорбция желчных кислот и т. д., поступивших с ГЭР в пищевод и в желудке. Альгинаты образуют гелевый барьер, плавающий на поверхности содержимого желудка и физически препятствующий возникновению гастроэзофагеального рефлюкса, то есть оказывают антирефлюксный эффект. Быстрый и продолжительный (до 4 часов) эффект, а также отсутствие системного действия позволяет использовать альгинаты для монотерапии у больных ГЭРБ.

Целью настоящего исследования была оценка влияния суспензии гевискон форте («Рекитт Бенкизер Хелскэр Лимитед», Великобритания) на симптомы ГЭРБ и качество жизни больных при 14-дневном лечении.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проспективное многоцентровое несравнительное открытое исследование эффективности и безопасности суспензии гевискон форте «Восстановление качества жизни устраниением и предотвращением Изжоги Альгинатом» («ВИА АПИА») было проведено с мая 2009 года по январь 2010-го в 6 клинических центрах: ЦНИИ гастроэнтерологии (Москва), Тверской государственной медицинской академии, Рязанском государственном медицинском университете имени И. П. Павлова, Казанском

государственном медицинском университете, Мордовском государственном университете имени Н. П. Огарева (Саранск), Чувашском государственном университете имени И. Н. Ульянова (Чебоксары). Обработка и анализ данных проведены в ЦНИИ гастроэнтерологии.

В исследование были включены взрослые (18 лет и старше) больные ГЭРБ с жалобами на изжогу и /или регургитацию. До включения в исследование больные в течение 10 дней не принимали ИПП и H_2 -блокаторы рецепторов гистамина, в течение 3 суток — антациды. Критериями исключения были сопутствующая патология пищеварительного тракта (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения, ахалазия кардии, цирроз печени, острый и хронический панкреатит в стадии обострения), почечная недостаточность, терминальная стадия любого заболевания, индивидуальная гиперчувствительность к любому из компонентов гевискон или неэффективность лечения им в анамнезе. Все больные подписали информированное согласие на участие в исследовании.

Исследование продолжалось 14 дней. Первый визит предусматривал клиническое обследование, оценку критериев включения-исключения, назначение суспензии гевискон форте по 10 мл 4 раза в день через 30–40 минут после еды и на ночь. На первом визите проводилась детальная оценка симптомов ГЭРБ (с учетом интенсивности, частоты возникновения, длительности анамнеза — максимум 15 баллов), психологического статуса (опросник СМОЛ [8]) и типа отношения к болезни (опросник ЛОБИ [9; 10]). Исходно и через две недели лечения оценивалось самочувствие (визуально-аналоговая шкала (ВАШ) — максимум 100 мм, опросник САН [11]) и качество жизни больных (опросник SF-36 [12; 13]). В первые три дня после включения в исследование всем больным проводилась эзофагогастродуоденоскопия. Больные вели дневник, в котором каждое утро оценивали выраженность основных симптомов заболевания за минувшие сутки по 5-балльной шкале Likert: 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 (значительно нарушает/временно делает невозможной дневную активность или сон, требуется отдых).

Для описания данных использованы следующие статистические показатели: количество больных (n); доля (в процентах от общего количества); среднее значение показателя в исследуемой группе; стандартное отклонение. Для сравнения использовали параметрический метод (t -критерий Стьюдента)

в случае нормального распределения признака и непараметрический (критерий Вилкоксона) — в случае, когда анализируемый признак являлся количественным, но хотя бы в одной из выборок его распределение не является нормальным. Различия считались значимыми при уровне вероятности $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследован 151 больной ГЭРБ, трое из исследования выбыло. У 1 больного к 4-му дню приема препарата изменилась прозрачность мочи, и по рекомендации уролога прием гевискона форте был прекращен. Двое больных с эндоскопически негативной ГЭРБ

отказались от лечения, посчитав его неэффективным.

Исследование по протоколу завершили 148 больных, проведена оценка данных их обследования и лечения. Среди них было 53 мужчины и 95 женщин. Средний возраст $42,9 \pm 15,6$ года, индекс массы тела $24,1 \pm 6,3$ кг/м². Эндоскопически до лечения: нет изменений слизистой оболочки пищевода — 19, катаральный рефлюкс-эзофагит — 111, эрозивный рефлюкс-эзофагит LA A — 17, LA B — 1.

Тест СМОЛ оказался недостоверным у 27 больных, выполнивших протокол, поскольку наблюдалось превышение по оценочным шкалам (L, F, K) уровня 70 Т-баллов. Данные теста СМОЛ, а также опросников ЛОБИ, SF-36, ВАШ и САН этих больных были

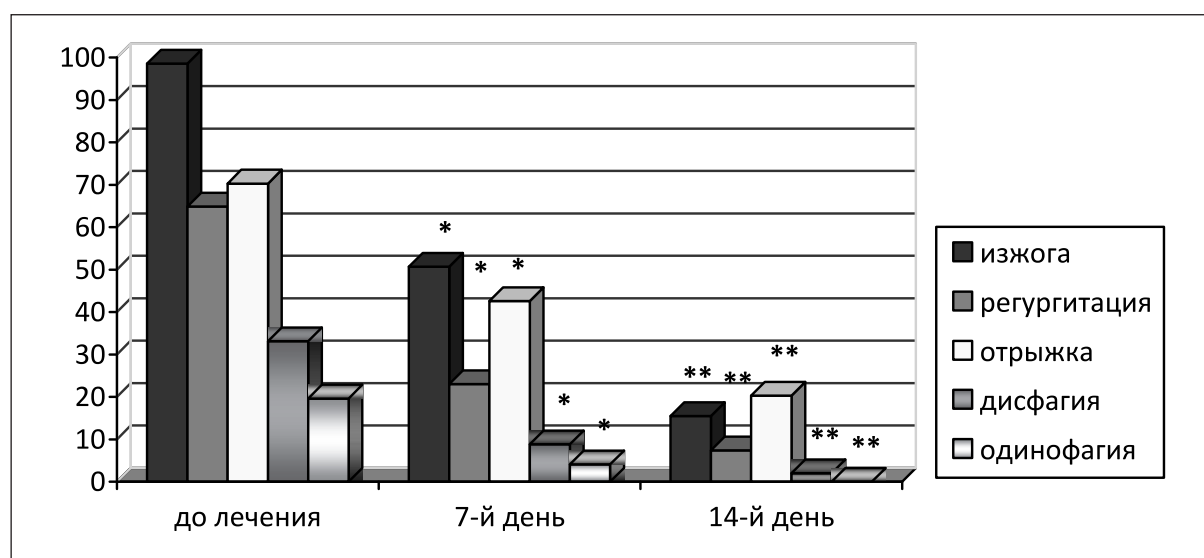


Рис. 1. Клинические проявления ГЭРБ до лечения, на 7-й и 14-й дни лечения гевисконом форте. Данные приведены в процентах от больных, завершивших лечение ($n = 148$). * — $p < 0,01$ к показателю до лечения, ** — $p < 0,01$ к показателю в 7-й день лечения

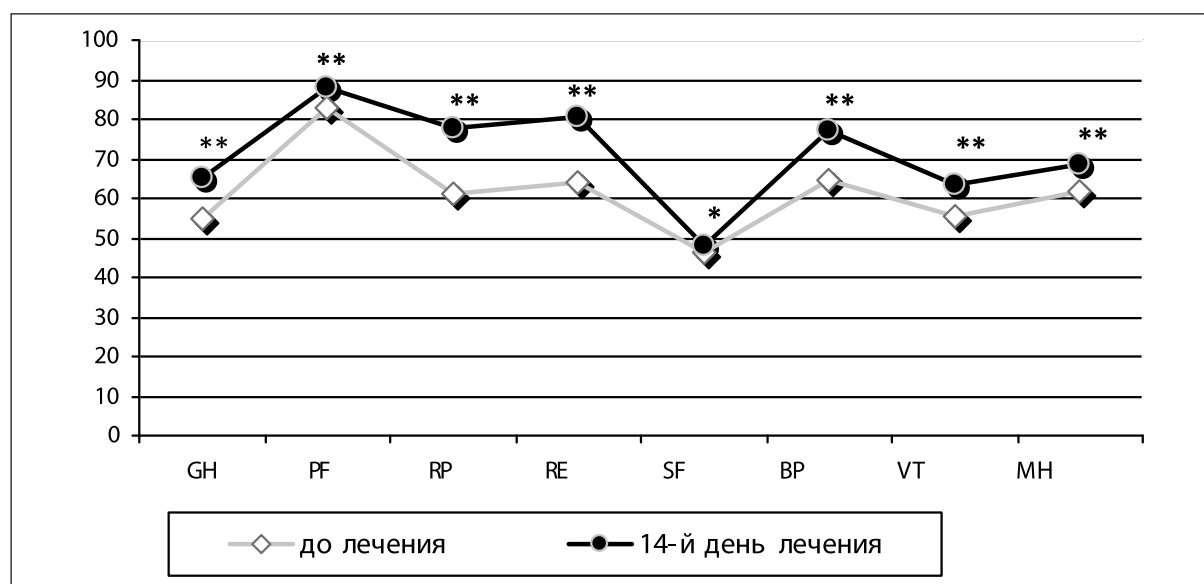


Рис. 2. Показатели качества жизни (SF-36) больных до и на 14-й день лечения гевисконом форте. ** — $p < 0,0001$; * — $p = 0,028$. GH — общее состояние здоровья. PF — физическое функционирование. RP — влияние физического состояния на ролевое функционирование. RE — влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование. SF — социальное функционирование. BP — интенсивность боли. VT — жизнеспособность. MH — самооценка психического здоровья (настроение)

Таблица 1

ДИНАМИКА ВЫРАЖЕННОСТИ СИМПТОМОВ ГЭРБ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ГЕВИСКОНОМ ФО						
Симптомы	Выраженность симптомов по шкале Likert, $M \pm SD$			p		Сроки купирования симптомов, день, $M \pm SD$
	до лечения	к 7-мудню лечения	к 14-мудню лечения	1 – 2	2 – 3	
Изжога	$3,5 \pm 0,9$	$1,8 \pm 0,9$	$1,2 \pm 0,5$	$< 0,01$	$< 0,01$	$7,9 \pm 3,3$
Регургитация	$2,3 \pm 1,2$	$1,3 \pm 0,6$	$1,1 \pm 0,4$	$< 0,01$	$< 0,01$	$7,0 \pm 3,0$
Отрыжка воздухом	$2,7 \pm 1,5$	$1,6 \pm 0,8$	$1,2 \pm 0,5$	$< 0,01$	$< 0,01$	$8,6 \pm 3,0$
Дисфагия	$1,6 \pm 1,0$	$1,1 \pm 0,4$	$1,0 \pm 0,1$	$< 0,01$	$< 0,01$	$5,4 \pm 3,1$
Одинофагия	$1,4 \pm 0,8$	$1,1 \pm 0,3$	$1,0 \pm 0,0$	$< 0,01$	$< 0,01$	$6,7 \pm 3,7$

Таблица 2

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С КУПИРОВАННОЙ И НЕ КУПИРОВАННОЙ ИЗЖОГОЙ К 14-МУ ДНЮ ПРИЕМА ГЕВИСКОНА ФОРТЕ			
	Изжога купирована, $n = 125$	Изжога не купирована, $n = 23$	p
Мужчины	47 (36,7%)	6 (26,1%)	0,46
Женщины	78 (63,3%)	17 (73,9%)	0,46
Средний возраст, лет, $M \pm SD$	$42,5 \pm 15,6$	$47,8 \pm 14,3$	0,09
Индекс массы тела, $кг/м^2$, $M \pm SD$	$24,2 \pm 4,7$	$26,9 \pm 6,2$	0,02
Длительность ГЭРБ, месяцев, $M \pm SD$	$72,6 \pm 71,6$	$78,5 \pm 80,8$	0,37
Эрозивный рефлюкс-эзофагит до лечения	13 (10,4%)	5 (21,7%)	0,24
Оценка симптомов до лечения с учетом частоты возникновения, длительности анамнеза и интенсивности, баллов, $M \pm SD$			
Изжога	$10,1 \pm 2,6$	$11,7 \pm 1,7$	0,003
Регургитация	$5,6 \pm 4,7$	$6,9 \pm 4,7$	0,1
Оценка выраженности симптомов по шкале Likert до лечения, баллов			
Изжога	$3,4 \pm 0,9$	$4,1 \pm 0,7$	0,0006
Регургитация	$2,2 \pm 1,1$	$2,6 \pm 1,3$	0,1
Отрыжка воздухом	$2,7 \pm 1,6$	$2,6 \pm 1,3$	0,43
Дисфагия	$1,6 \pm 1,0$	$1,5 \pm 0,9$	0,37
Одинофагия	$1,3 \pm 0,8$	$1,3 \pm 0,7$	0,39
Оценка самочувствия по визуально-аналоговой шкале до лечения, мм, $M \pm SD$	$53,9 \pm 21,2$	$53,4 \pm 17,9$	0,47
Средняя оценка вкуса гевискона форте	$3,8 \pm 0,7$	$3,6 \pm 0,7$	0,08

исключены из дальнейшей оценки. Таким образом, анализ показателей самочувствия, качества жизни и психического статуса проведен у 121 больного.

Практически всех больных до лечения беспокоила изжога (98,6%), большую часть — регургитация (64,9%). К 7-му и 14-му дням лечения гевисконом форте изжога была купирована соответственно у 48,6 и 84,2%, регургитация — у 64,6 и 88,5% больных, исходно испытывавших эти симптомы

(рис. 1). Помимо снижения частоты, происходило значимое уменьшение выраженности симптомов заболевания (табл. 1), что сопровождалось улучшением самочувствия и качества жизни больных. К 14-мудню лечения оценка самочувствия по ВАШ увеличилась с $55,8 \pm 20,7$ до $74,3 \pm 18,3$ мм ($p < 0,0001$). По данным опросника САН, показатель самочувствия увеличился с $4,5 \pm 1,2$ до $5,1 \pm 0,9$ ($p < 0,0001$), активности — с $4,4 \pm 0,9$ до $4,9 \pm 0,7$

Таблица 3

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ САМОЧУВСТВИЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С КУПИРОВАННОЙ И НЕ КУПИРОВАННОЙ ИЗЖОГОЙ К 14-МУ ДНЮ ПРИЕМА ГЕВИСКОНА ФОРТЕ			
	Изжога купирована, <i>n</i> = 125	Изжога не купирована, <i>n</i> = 23	<i>p</i>
Оценка самочувствия по визуально-аналоговой шкале, мм, <i>M</i> ± <i>SD</i>			
До лечения	53,9 ± 21,2	53,4 ± 18,0	0,47
На 14-й день лечения	75,6 ± 18,8	66,2 ± 11,9	0,028
	<i>p</i> < 0,001	<i>p</i> = 0,012	
Оценка самочувствия, активности, настроения (САН), балл, <i>M</i> ± <i>SD</i>			
Самочувствие до лечения	4,4 ± 1,2	4,9 ± 1,1	0,05
Самочувствие на 14-й день	5,1 ± 0,9	5,1 ± 1,0	0,47
	<i>p</i> < 0,001	<i>p</i> = 0,27	
Активность до лечения	4,4 ± 0,9	4,9 ± 0,7	0,01
Активность на 14-й день лечения	4,9 ± 0,7	5,1 ± 0,8	0,17
	<i>p</i> < 0,001	<i>p</i> = 0,29	
Настроение до лечения	4,8 ± 1,1	5,1 ± 0,9	0,13
Настроение на 14-й день лечения	5,3 ± 0,9	5,1 ± 0,8	0,32
	<i>p</i> < 0,001	<i>p</i> = 0,41	
Оценка качества жизни (SF-36), баллов, <i>M</i> ± <i>SD</i>			
GH до лечения	54,5 ± 17,8	58,4 ± 16,4	0,20
GH на 14-й день лечения	65,5 ± 17,4	62,4 ± 14,7	0,25
	<i>p</i> < 0,001	<i>p</i> = 0,24	
PF до лечения	86,4 ± 17,6	85,9 ± 13,8	0,29
PF на 14-й день лечения	88,4 ± 13,6	82,1 ± 13,9	0,25
	<i>p</i> = 0,011	<i>p</i> = 0,22	
RP до лечения	63,5 ± 35,6	43,8 ± 46,6	0,04
RP на 14-й день лечения	78,1 ± 31,7	72,9 ± 34,5	0,30
	<i>p</i> = 0,001	<i>p</i> = 0,048	
RE до лечения	65,1 ± 35,9	58,4 ± 46,3	0,26
RE на 14-й день лечения	81,1 ± 29,4	77,3 ± 33,6	0,32
	<i>p</i> = 0,0001	<i>p</i> = 0,099	
SF до лечения	45,2 ± 10,7	51,9 ± 11,9	0,01
SF на 14-й день лечения	47,7 ± 9,5	49,4 ± 13,2	0,26
	<i>p</i> = 0,041	<i>p</i> = 0,29	
BP до лечения	65,3 ± 24,2	57,8 ± 22,6	0,12
BP на 14-й день лечения	78,4 ± 18,6	68,1 ± 19,2	0,01
	<i>p</i> < 0,0001	<i>p</i> = 0,11	
VT до лечения	54,3 ± 17,4	63,4 ± 16,6	0,03
VT на 14-й день лечения	63,4 ± 16,1	64,7 ± 12,5	0,38
	<i>p</i> < 0,0001	<i>p</i> = 0,41	
MN до лечения	60,5 ± 17,5	68,5 ± 12,5	0,04
MN на 14-й день лечения	67,8 ± 17,4	72,3 ± 8,7	0,16
	<i>p</i> < 0,001	<i>p</i> = 0,17	

($p < 0,0001$), настроения — с $4,8 \pm 1,1$ до $5,3 \pm 0,8$ ($p < 0,0001$). Усредненный профиль шкал качества жизни (SF-36) к 14-му дню стал достоверно выше по всем шкалам (рис. 2).

Из 148 больных, завершивших полный курс лечения, изжога и регургитация были стойко купированы у 125 (84,5%), у 23 (15,5%) изжога уменьшилась, но не была купирована (оценка по шкале Likert на 14-й день $2,17 \pm 0,39$ против $4,1 \pm 0,7$ исходно, $p < 0,001$). Сравнительный анализ показал, что у больных, у которых изжога не была купирована, значимо выше индекс массы тела и исходно была более выражена изжога, но не регургитация (табл. 2). При этом группы не имеют достоверных отличий по полу, среднему возрасту, средней длительности заболевания, оценке самочувствия по ВАШ, средней оценке вкуса препарата.

У больных с полным контролем изжоги наблюдалось достоверное улучшение всех показателей самочувствия и качества жизни (табл. 3). У пациентов, отметивших уменьшение, но не полное прекращение изжоги, также наблюдалась положительная динамика этих показателей, однако менее выраженная. В частности, произошло значимое улучшение самочувствия по ВАШ, но не по данным опросника САН, наблюдался прирост показателей качества жизни, достоверный, однако, лишь по шкале RP, отражающей влияние физического состояния на ролевое функционирование.

ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Поскольку эрозивный рефлюкс-эзофагит выявляется примерно у трети больных ГЭРБ, у остальных заболевание проявляется только ассоциированными с ГЭР симптомами (изжогой и регургитацией), которые беспокоят, ухудшают самочувствие, качество жизни, но не сопровождаются изменениями слизистой оболочки пищевода. Известно, что у большинства пациентов вне зависимости от того, получают они лечение или нет, заболевание не склонно к прогрессированию [14]. Таким образом, целью лечения ГЭРБ у значительной части больных является купирование и контроль симптомов, что обеспечивает нормализацию самочувствия и качества жизни.

Для контроля симптомов наиболее эффективны ИПП, но они не предназначены для быстрого купирования. Первый прием ИПП полностью купирует изжогу лишь у 30% больных, при этом у большинства из них в течение первых двух дней лечения изжога не уменьшается [15]. Кроме того, больным, у которых планируется длительное лечение ИПП (как правило, при эрозивном рефлюкс-эзофагите), должна быть проведена диагностика и эрадикация *Helicobacter pylori*. Это связано с тем, что такое лечение у инфицированных *H. pylori* больных способствует прогрессированию атрофии слизистой оболочки желудка [16].

Препаратами скорой помощи при изжоге являются антациды и альгинаты. Эффект антацидов связан с химической инактивацией агрессивных компонентов содержимого желудка, поступившего в пищевод. Альгинаты физически препятствуют возникновению гастроэзофагеального рефлюкса за счет образования гелевого барьера (рафта) на поверхности содержимого желудка, то есть оказывают антирефлюксный эффект. Гевискон форте приносит облегчение от изжоги в среднем через 66,1 с и купирует ее в среднем через 3,6 минуты [17]. Альгинаты действуют столь же быстро, как антациды, но продолжительность их эффекта значительно больше [18]. Структура рафта может оставаться в желудке до 4 часов, при условии приема препарата через 30 минут после еды [7]. Быстрое наступление и значительная продолжительность антирефлюксного эффекта, а также отсутствие системного действия позволяет использовать альгинаты для монотерапии у больных ГЭРБ.

Исследование «ВИА АПИА» показало, что курсовое лечение гевисконом форте к 7-му дню стойко купировало изжогу у 48,6%, регургитацию — у 64,6% больных, исходно испытывавших эти симптомы. Продолжение лечения обеспечило прирост его эффективности: к 14-му дню изжога была стойко устранена у 84,2%, регургитация — у 88,5% больных, что нашло отражение в значимом улучшении всех тестируемых показателей самочувствия и качества жизни больных. В опубликованных ранее работах значительное облегчение симптомов рефлюкса при приеме гевискона было отменено у 74–81% больных [7]. Наше исследование демонстрирует подобные данные.

Отсутствие эффекта побудило 2 больных отказаться от лечения. У одного из них изжога не была купирована к 7-му дню приема гевискона форте. Отклонений психического статуса у него выявлено не было, тип отношения к болезни был гармоничный. Причина неэффективности лечения не была установлена. Ведущей жалобой второй больной наряду с изжогой было жжение языка. Психодиагностическое обследование выявило тревожно-ипохондрический тип отношения к болезни и крайне низкую оценку самочувствия по ВАШ — 5 мм. Вероятно, причиной неэффективности лечения в этом случае является нерефлюксный механизм формирования ощущения изжоги на фоне психической дезадаптации.

Один больной был выведен из исследования по рекомендации уролога из-за нежелательного явления (изменение прозрачности мочи), которое он связал с приемом гевискона. У других больных нежелательных явлений выявлено не было.

У 84,5% больных, завершивших полный курс лечения, изжога и регургитация были стойко купированы, у остальных (15,5%) их выраженность

значительно уменьшилась. Сравнительный анализ показал, что у больных, у которых изжога не была купирована, значимо выше индекс массы тела и исходно была более выражена изжога, но не регургитация. Возможно, это отражает вклад нерефлюксных механизмов в формирование ощущения изжоги, хотя достоверных отличий психического статуса по данным опросников СМОЛ и ЛОБИ у них выявлено не было.

В ходе исследования «ВИА АПИА» была отработана тактика ведения больных с изжогой, впервые обратившихся к врачу. Выраженность симптомов у больных с эндоскопически негативной формой заболевания и с рефлюкс-эзофагитом не отличается [19; 20]. Поэтому для выявления и оценки изменений слизистой оболочки дистального отдела пищевода необходимо эндоскопическое исследование. Как правило, в день обращения к врачу это сделать трудно. Гевискон быстро устраняет симптомы, при этом в отличие от ИПП он не препятствует последующей диагностике *Helicobacter pylori* и при необходимости эрадикации. Полученные нами данные демонстрируют, что эффективность гевискона форте для облегчения и купирования изжоги не отличается у больных с эндоскопически негативной ГЭРБ и эрозивным рефлюкс-эзофагитом. Это позволяет рекомендовать гевискон в качестве препарата выбора для инициального лечения впервые обратившихся больных на диагностическом этапе.

Если при последующей эндоскопии будет верифицирована эндоскопически негативная форма ГЭРБ, а назначенное лечение избавит больного от симптомов, его следует продолжить в качестве патогенетической терапии.

ВЫВОДЫ

1. Двухнедельное лечение гевисконом форте обеспечило стойкое купирование изжоги и регургитации у 84,5% больных.

2. Полный контроль симптомов рефлюкса сопровождается значимым улучшением самочувствия и качества жизни больных.

3. Сохраняющаяся изжога ухудшает самочувствие, активность, настроение больных и качество их жизни.

4. Факторами, снижающими эффективность лечения гевисконом, являются высокий индекс массы тела, исходно более выраженная изжога, но не регургитация.

5. Гевискон форте может быть рекомендован в качестве препарата выбора для инициального лечения больных, впервые обратившихся с изжогой, на диагностическом этапе и в качестве средства патогенетической терапии эндоскопически негативной ГЭРБ.

Работа проведена при финансовой поддержке компании «Рекитт Бенкизер Хелскэр Лимитед» (Великобритания)

ЛИТЕРАТУРА

1. Лазебник Л. Б., Васильев Ю. В., Мананников И. В. Изжога как один из основных критериев ГЭРБ (результаты одного эпидемиологического исследования) // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. — 2004. — Т. 1. — С. 164–165.
2. Лазебник Л. Б., Машарова А. А., Бордин Д. С. и др. Многоцентровое исследование «Эпидемиология Гастроэзофагеальной Рефлюксной болезни в России» (МЭГРЕ): первые итоги // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. — 2009. — Т. 6. — С. 4–12.
3. Исаков В. А., Морозов С. В., Ставраки Е. С. и др. Анализ Распространенности Изжоги: национальное эпидемиологическое исследование взрослого городского населения (АРИАДНА) // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. — 2008. — Т. 1. — С. 20–30.
4. Лазебник Л. Б., Бордин Д. С., Машарова А. А. Современное понимание гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: от Генвала к Монреалю // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. — 2007. — Т. 5. — С. 4–10.
5. Liker H., Hungin P., Wiklund I. Managing gastroesophageal reflux disease in primary care: the patient perspective // J. Am. Board. Fam. Pract. — 2005. — Vol. 18. — P. 393–400.
6. Tytgat G. N., McColl K., Tack J. et al. New algorithm for the treatment of gastro-oesophageal reflux disease // Aliment. Pharmacol. Ther. — 2008. — Vol. 27. — P. 249–256.
7. Mandel K. G., Daggy B. P., Brodie D. A. et al. Review article: alginate-raft formulations in the treatment of heartburn and acid reflux // Aliment. Pharmacol. Ther. — 2000. — Vol. 14. — P. 669–690.
8. Зайцев В. П. Вариант психологического теста Mini-Mult // Психол. журн. — 1981. — Т. 3. — С. 118–123.
9. Личко А. Е. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. — Л., 1983.
10. Костина Л. М. Методы диагностики тревожности. — СПб.: Речь, 2002. — 198 с.
11. Доскин В. А., Лаврентьева Н. А., Мирошников М. П. и др. Тест дифференцированной самооценки функционального состояния // Вопр. психол. — 1973. — Т. 6. — С. 141–145.

12. Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. — СПб.: Нева; М: ОЛМА-Пресс Звездный мир, 2002.
13. Ware J. E. Jr., Sherbourne C. D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection // Med. Care. — 1992. — Vol. 30. — P. 473–483.
14. Vakil N., van Zanten S. V., Kahrilas P. et al. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: A global evidence-based consensus // Am. J. Gastroenterol. — 2006. — Vol. 101. — P. 1900–1920.
15. McQuaid K. R., Laine L. Купирование изжоги с помощью ингибиторов протонной помпы: систематический обзор и метаанализ клинических испытаний // Клин. гастроэнтерол. и гепатол. Рус. изд. — 2008. — Т. 3. — С. 184–192.
16. Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C. et al. The European *Helicobacter* study group. Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht III Consensus Report // Gut. — 2007. — Vol. 56. — P. 772–781.
17. Бордин Д. С., Машарова А. А., Фирсова Л. Д. и др. Оценка скорости начала действия и купирования изжоги при однократном приеме альгинатов у больных ГЭРБ // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. — 2009. — Т. 4. — С. 83–91.
18. Chevrel B. A comparative crossover study on the treatment of heartburn and epigastric pain: Liquid Gaviscon and a magnesium-aluminium antacid gel // J. Int. Med. Res. — 1980. — Vol. 8. — P. 300–302.
19. Carlsson R., Dent J., Watts R. et al. Gastro-oesophageal reflux disease in primary care: an international study of different treatment strategies with omeprazole. International GORD Study Group // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. — 1998. — Vol. 10. — P. 119–124.
20. Smout A. J., Geus W. P., Mulder P. G. et al. Gastro-oesophageal reflux disease in the Netherlands. Results of a multicentre pH study // Scand. J. Gastroenterol. Suppl. — 1996. — Vol. 218. — P. 10–15.