

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ КОМПЛЕКСУ АЛЬГІНАТУ І ГІАЛУРОНОВОЇ КИСЛОТИ В СКЛАДІ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ ТА УРАЖЕННЯ ХРЕБТА ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФІЧНОГО ТА ЗАПАЛЬНОГО ҐЕНЕЗУ

©Є. С. Сірчак, С. А. Цьока, Я. Ф. Філак, А. С. Чобей, Е. Й. Архій

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

РЕЗЮМЕ. Пошук альтернативних схем лікування хворих на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ), особливо у поєднанні із захворюваннями, що вимагають тривалого прийому засобів з групи нестероїдних протизапальних препаратів, є актуальною проблемою сучасної клінічної медицини.

Мета – визначити особливості динаміки клінічного перебігу ГЕРХ у хворих на ураження хребта дегенеративного-дистрофічного та запального ґенезу на фоні комплексної терапії із використанням комплексу альгінату і гіалурунової кислоти.

Матеріали та методи. Обстежено 164 хворих на ГЕРХ з різними формами ураження хребта. Хворих на ГЕРХ поділено на 2 групи: в 1 групу увійшли 84 хворих з остеохондрозом (ОХ) шийного та грудного відділів хребта, а 2 групу склали 80 пацієнтів з спондилоартритом (СА) хребта. Усім обстеженим пацієнтам проведено загальноклінічні дослідження. Залежно від методу лікування хворих у групах було поділено на підгрупи: пацієнти 1.2 підгрупи (n=44) та 2.2 підгрупи (n=40) отримували лише базисну терапію (БТ), а пацієнтам 1.2 підгрупи (n=44) та 2.2 підгрупи (n=40) додатково до БТ призначали комплекс альгінату і гіалурунової кислоти протягом 1 місяця.

Результати. У хворих на ОХ та СА більш ефективною за впливом на клінічні прояви ГЕРХ виявилась комплексна терапія із застосуванням препарату на основі альгінату і гіалурунової кислоти, що призводило до зменшення вираження стравохідних проявів ГЕРХ (печія, відрижка кислим, дисфагія), а також атипичних клінічних ознак рефлюксної хвороби (стоматологічної, отоларингологічної, бронхолегеневої та кардіологічної). Також додаткове призначення альгінату і гіалурунової кислоти сприяло зменшенню вираження ендоскопічних змін слизової оболонки стравоходу (СОС), а саме зменшення кількості хворих в 1.2 та 2.2 підгрупах з LA-D та LA-C, що супроводжувалось збільшенням LA-A (p<0,05).

Висновки. ГЕРХ у хворих на остеохондроз шийного та грудного відділів хребта клінічно частіше проявляється стравохідною симптоматикою, тоді як у хворих зі спондилоартритом – позастравохідними ознаками (стоматологічні, отоларингологічні, кардіологічні, бронхолегеневі прояви). Ураження СОС при ендоскопічному дослідженні у хворих на дегенеративно-дистрофічні зміни хребта частіше відповідає LA-B, ніж у хворих зі спондилоартритом – LA-C (особливо у пацієнтів з атипичним клінічним перебігом ГЕРХ). Комплексна терапія із використанням препарату на основі альгінату і гіалурунової кислоти (Гіалера) є більш ефективною за впливом на динаміку клінічної симптоматики та прояви ураження СОС при ендоскопічному дослідженні, ніж БТ, що включає інгібітор протонної помпи та ітоприду гідрохлорид.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба; остеохондроз; спондилоартрит; лікування; альгинати; гіалурунова кислота.

Вступ. Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) – поліетіологічне захворювання, в основі розвитку якого лежить переважання факторів агресії над факторами захисту слизової оболонки стравоходу (СОС) [1, 2]. В основі формування ГЕРХ лежить патологічний гастроєзофагеальний рефлюкс (ГЕР), що виникає внаслідок недостатності кардії і порушення бар'єрної функції нижнього стравохідного сфінктера [3].

Серед основних факторів розвитку ГЕРХ найчастіше виділяють ожиріння, вагітність, стрес, куріння та діафрагмальну грижу [4]. Також сприяють розвитку ГЕРХ характер харчування (жирна, смажена їжа, шоколад, кава, алкоголь, спеції), лікарські препарати (антибіотики, аскорбінова кислота, блокатори кальцієвих каналів, антидепресанти та нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП)) [5].

У хворих на ураження хребта різного ґенезу (денегеративно-дистрофічного чи запального характеру) частим клінічним проявом є больовий синдром різної локалізації у спині, що вимагає призначення НПЗП. Лікування препаратами групи НПЗП часто супроводжується виникненням побічних дій від даних засобів. Близько 40 % хворих, що приймають НПЗП, скаржаться на диспепсичні розлади, а у 10–20 % виникають ерозії й виразки верхніх відділів шлунково-кишкового тракту [6].

На сьогоднішній день інгібітори протонної помпи (ІПП) займають провідне місце у лікуванні кислотозалежних захворювань [7, 8]. При цьому певні труднощі виникають при лікуванні хворих на ГЕРХ [8]. Якщо середні терміни загоєння виразки дванадцятипалої кишки складають 3–4 тижні, виразок шлунка – 4–6 тижнів, то терміни загоєння

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення

ерозій стравоходу в багатьох хворих можуть досягати 8–12 тижнів. У частини хворих спостерігається рефрактерність до прийому антисекреторних засобів [9].

Отже, пошук альтернативних схем лікування хворих на GERX, особливо у поєднанні із захворюваннями, що вимагають тривалого прийому засобів з групи НПЗП, є актуальною проблемою сучасної клінічної медицини.

Мета – визначити особливості динаміки клінічного перебігу GERX у хворих на ураження хребта дегенеративного-дистрофічного та запального ґенезу на фоні комплексної терапії із використанням комплексу альгінату і гіалуронової кислоти.

Наукове дослідження виконано в рамках наукових тем кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб «Поліморбідна патологія при захворюваннях органів травлення, особливості патогенезу, можливості корекції» (номер державної реєстрації 0118U004365) та «Клініко-патогенетичні особливості формування поліморбідних захворювань при ураженні системи органів травлення та розробка диференційованих схем їх терапії в умовах пандемії COVID-19» (номер державної реєстрації 0121U110177).

Матеріал і методи дослідження. Під нашим спостереженням перебували 164 хворих з ураженням хребта дегенеративно-дистрофічного чи запального ґенезу у поєднанні з GERX, які отримували стаціонарне лікування в ревматологічному, неврологічному, травматологічному, гастроентерологічному відділеннях КНП «ЗОКЛ імені А. Новака» ЗОР та хворі, які знаходились на амбулаторно-диспансерному спостереженні у сімейного лікаря по місцю проживання, а також проходили лікування у лікаря стоматолога (клініка «Дентал Плюс») за 2019–2022 рр. Обстежених хворих на GERX поділено на дві групи залежно від форми ураження хребта, а саме – в I групу ввійшли 84 хворих з остеохондрозом (ОХ) шийного та грудного відділів хребта (серед них чоловіків було 50 (59,5 %), жінок – 34 (40,5 %); середній вік становив 44,7±4,8 років), а II групу склали 80 пацієнтів з спондилоартритом (СА) хребта (серед них чоловіків було 30 (37,5 %), жінок – 50 (62,5 %); середній вік становив 48,1±4,7 років).

У контрольну групу ввійшло 20 практично здорових осіб (чоловіків було 11 (55,0 %), жінок – 9 (45,0 %) без проявів ураження опорно-рухового апарату та верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. Середній вік складав 43,2±4,6 років.

Усі дослідження виконували за згодою пацієнтів, а методика їх проведення відповідає Гельсінській декларації прав людини 1975 р. та її перегляду 1983 р., Конвенції Ради Європи про права людини і біомедицину та законодавству України.

Діагноз GERX установлювали згідно з критеріями уніфікованого клінічного протоколу (наказ МОЗ України від 31.10.2013 № 943) із урахуванням скарг, даних ендоскопічного дослідження тощо. Для підтвердження діагнозу обстеженим хворим виконано фіброезофагогастроудоденоскопію (ФЕГДС) за допомогою обладнання для ендоскопії з відеопроцесором «Pentax» ЕРМ-3300 із використанням гнучких фіброендоскопів фірми «Pentax» Е-2430, GIF-K20, а також проведено добовий рН-моніторинг (за методикою проф. В. Н. Чернобрового). Для ендоскопічної оцінки ступеня ураження стравоходу використовували Лос-Анджелеську (LA) класифікацію (1998 р.): ступінь А – поодинокі ерозії ≤5 мм; ступінь В – ≥1 ерозія довжиною >5 мм, не займають цілої відстані між 2 сусідніми складками стравоходу; ступінь С – ≥1 ерозія, що займає цілий простір між ≥2 складками стравоходу, займає ≤75 % периметру стравоходу; ступінь D – ерозії або виразки, що займають ≥75 % периметру стравоходу [10].

Остеохондроз шийного та грудного відділів хребта діагностували на основі фізикальних, загальноклінічних методів обстеження, а також результатів рентгенологічного обстеження та комп'ютерної томографії вище наведених відділів хребта. Для дослідження рухової здатності хребта та проводили функціональну оцінку рухливості хребта й м'язової сили спини та черевного преса (тест Шобера, розгинання хребта, тест «пальці-підлога», функціональні проби для визначення силової витривалості м'язів-розгиначів спини та черевного преса) відповідно до рекомендацій Американської академії хірургів-ортопедів (AAOS, 2018). Діагноз спондилоартриту встановлювали на основі діагностичних критеріїв Американської колегії ревматологів (American College of Rheumatology, ACR, 2018), Європейської антиревматичної ліги (European League Against Rheumatism, EULAR, 2018) [11, 12].

Критеріями включення пацієнтів у дослідження були: наявність клінічних симптомів (типових та атипичних) GERX, виявлення при ФЕГДС змін слизової оболонки стравоходу, характерних для GERX, спондилоартрит, остеохондроз шийного та грудного відділів хребта.

Критерії виключення з дослідження: функціональні або органічні захворювання стравоходу, шлунка і дванадцятипалої кишки, неерозивна форма GERX, стравохід Баррета, гелікобактер-позитивні хворі, хворі з психіатричними та онкологічними захворюваннями.

Для вирішення поставленої мети хворих обох груп було поділено на підгрупи залежно від методу лікування GERX, а саме: 1.1 підгрупа (n=40) та 2.1 підгрупа (n=40) обстежуваних хворих отримували

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення

базисну терапію (БТ) протягом 1 місяця, яка включала призначення інгібітора протонної помпи (ІПП) езомепразол (Езолонг® 40 фірми Евертоджен Лайф Саснсіз Лімітед, Індія) по 40 мг 2 рази на добу за 30–40 хвилин до прийому їжі, а також для нормалізації роботи верхніх відділів шлунково-кишкового тракту призначено ітоприду гідрохлорид («Мотоприд» фірми Київський вітамінний завод, Україна) по 50 мг 3 рази на добу до прийому їжі. Хворі 1.2 підгрупи (n=44) та 2.2 підгрупи (n=40) додатково до БТ призначено комплекс альгілату і гіалуронової кислоти (Гіалера™, Альпіфлор с.р.л., Італія для ТОВ «Фармюніон БСВ Девелопмент», Україна) по 1 стику перед сном протягом 1 місяця. На початку призначеного лікування, а також в кінці місячного курсу терапії у обстежуваних хворих оцінено динаміку клінічної симптоматики ГЕРХ, а також проведено повторне ФЕГДС.

Аналіз і обробку результатів обстеження хворих здійснювали за допомогою комп'ютерної програми Statistics for Windows v.10.0 (StatSoft Inc, USA) з використанням параметричних та непараметричних методів оцінки отриманих результатів.

Результати й обговорення. Аналіз отриманих даних до проведеного комплексного лікування вказує, що у хворих I групи (пацієнти з ОХ) ГЕРХ частіше проявляється типовою стравохідною симптоматикою, а саме – печією, відрижкою кислим, дисфагією (у 54,5–55,0 % хворих 1.1 та 1.2 підгруп). При цьому у хворих I групи атипові позастравохідні ознаки ГЕРХ встановлено у 45,0–45,5 % відповідно, що проявлялись до лікування під отоларингологічною та стоматологічною «масками» (у 33,3 – 27,8 % хворих 1.1 підгрупи та у 35,5 – 30,0 % обстежених 1.2 підгрупи) (табл. 1).

Таблиця 1. Клінічні ознаки ГЕРХ в обстежених хворих I групи та їх динаміка на фоні комплексного лікування, %

Показник	Обстежені хворі I групи (n=84)			
	1.1 підгрупа (n=40)		1.2 підгрупа (n=44)	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Стравохідні прояви ГЕРХ	55,0		54,5	
– печія	86,4	31,8*	83,3	12,5**,+
– відрижка кислим	68,2	27,3*	75,0	8,3**,+
– дисфагія	54,5	13,6**	50,0	–
Позастравохідні прояви ГЕРХ	45,0		45,5	
<i>Стоматологічні</i>	27,8		30,0	
– карієс зубів	80,0	40,0	66,7	16,7
– пародонтоз	40,0	20,0	50,0	–
– стоматит	20,0	–	33,3	–
<i>Отоларингологічні</i>	33,3		35,5	
– першіння у горлі	83,3	33,3	85,7	14,3
– охриплість голосу	66,7	16,7	71,4	–
– клубок у горлі	100,0	33,3	85,7	14,3
– хронічне покахування	50,0	–	57,1	–
<i>Кардіологічні</i>	22,2		20,0	
– за груднинні болі за ходом стравоходу	75,0	25,0	100,0	–
– перебої в роботі серця	100,0	25,0	100,0	–
<i>Бронхолегеневі</i>	16,7		15,0	
– сухий кашель	100,0	33,3	100,0	–
– напади нічного апное	66,7	–	33,3	–

Примітки: 1. Різниця між показниками у хворих I групи по підгрупах до та після лікування достовірна: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$ (для пацієнтів зі стравохідною формою ГЕРХ); різниця між показниками у хворих 1.1 та 1.2 підгруп: + – $p < 0,05$ (для пацієнтів зі стравохідною формою ГЕРХ);

2. Між відповідними показниками у обстежених хворих із позастравохідною формою ГЕРХ у зв'язку із малою кількістю хворих у відповідних групах спостереження визначити достовірність не вдалось.

У хворих II групи з спондилоартритом ГЕРХ частіше проявляється позастравохідною симптоматикою, а саме у 57,5–60,0 обстежених хворих 2.1 та 2.2 підгруп. При цьому, в даній групі хворих атипові прояви ГЕРХ визначаються стоматологічними «масками» (карієс зубів, пародонтоз,

стоматит) – у 39,1 % пацієнтів 2.1 та у 41,7 % обстежених 2.2 підгрупи. Також у хворих на СА рефлюксна хвороба часто клінічно протікає під отоларингологічною «маскою» (першіння у горлі, охриплість голосу, грудка в горлі та хронічне покахування). У хворих обох груп (як з ОХ, так і з

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення (СА) до лікування майже з однаковою частотою встановлено клінічні прояви ГЕРХ, що проявляються кардіологічною та бронхолегеневою «масками» (табл. 2).

Таблиця 2. Клінічні ознаки ГЕРХ в обстежених хворих II групи та їх динаміка на фоні комплексного лікування, %

Показник	Обстежені хворі I групи (n=80)			
	2.1 підгрупа (n=40)		2.2 підгрупа (n=40)	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Стравохідні прояви ГЕРХ	42,5		40,0 %	
– печія	82,4	29,4**	87,5	12,5**,+
– відрижка кислим	70,6	23,7**	75,0	6,3**,++
– дисфагія	52,9	14,3**	50,0	-
Позастравохідні прояви ГЕРХ	57,5		60,0	
<i>Стоматологічні</i>	39,1 %		41,7 %	
– карієс зубів	88,9	33,3	80,0	20,0
– пародонтоз	55,6	22,2	60,0	10,0
– стоматит	33,3	11,1	30,0	-
<i>Отоларингологічні</i>	26,1		25,0	
– першіння у горлі	83,3	33,3	83,3	-
– охриплість голосу	66,7	33,3	66,7	14,3
– клубок у горлі	83,3	33,3	83,3	14,3
– хронічне покахикування	33,3	16,7	33,3	-
<i>Кардіологічні</i>	21,7		20,8	
– за грудинні болі по ході стравоходу	80,0	20,0	60,0	-
– перебої в роботі серця	100,0	40,0	100,0	-
<i>Бронхо-легеневі</i>	13,1		12,5	
– сухий кашель	100,0	33,3	100,0	33,3
– напади нічного апное	33,3	33,3	66,7	-

Примітки: 1 – різниця між показниками у хворих II груп по підгрупах до та після лікування достовірна: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$ (для пацієнтів зі стравохідною формою ГЕРХ); різниця між показниками у хворих 2.1 та 2.2 підгруп: + – $p < 0,05$; ++ – $p < 0,01$ (для пацієнтів з стравохідною формою ГЕРХ);

2 – між відповідними показниками у обстежених хворих з позастравохідною формою ГЕРХ у зв'язку із малою кількістю хворих у відповідних групах спостереження визначити достовірність не вдалось.

Проведена комплексна терапія із використанням ІПП та ітоприду гідрохлориду виявилась ефективною за впливом на динаміку клінічних ознак ГЕРХ у хворих з дегенеративно-дистрофічними та запальними ураженнями хребта. Слід зазначити зменшення частоти як типових стравохідних, так і позастравохідних проявів ГЕРХ у всіх обстежуваних групах пацієнтів. При цьому привертає увагу більш виражена позитивна динаміка клінічної симптоматики у пацієнтів 1.2 та 2.2 підгруп, які додатково до БТ отримували комплекс альгілату і гіалуронової кислоти. У хворих 1.2 підгрупи на фоні поведеного лікування зникла дисфагія, а також достовірно частіше зменшилась відрижка кислим (до 8,3 %, $p < 0,01$). Такі позастравохідні прояви ГЕРХ, як пародонтоз та стоматит, у хворих 1.2 підгрупи не діагностовано в кінці місячного курсу лікування, тоді як у пацієнтів 1.1 підгрупи пародонтоз при повторному огляді встановлено ще у 20,0 % обстежених. Кардіологічні прояви ГЕРХ у хворих 1.1 підгрупи зменшились до 25,0 %, тоді як у пацієнтів 1.2 підгрупи в кінці лікування взагалі не

визначали за грудинний біль за ходом стравоходу та перебої в роботі серця.

У хворих на спондилоартроз ефективною за впливом на клінічні прояви ГЕРХ виявилась комплексна терапія із застосуванням препарату на основі альгілату і гіалуронової кислоти. Печія та відрижка кислим у хворих 2.2 підгрупи зменшилась у 7,0 та 11,9 разів ($p < 0,01$), тоді як у хворих 2.1 підгрупи – лише в 2,8 та 3,0 рази ($p < 0,01$). Виражені позитивні зміни встановлено і в динаміці позастравохідних проявів ГЕРХ, а саме стоматологічних, отоларингологічних, кардіологічних та бронхолегеневих проявів, переважно у пацієнтів 2.2 підгрупи. У хворих 2.2 підгрупи наприкінці комплексного лікування зникли хронічне покахикування, напади нічного апное, за грудинний біль за ходом стравоходу та перебої в роботі серця, першіння у горлі. Також на фоні лікування із використанням комплексу на основі альгілату і гіалуронової кислоти у хворих 2.2 підгрупи частіше піддалось повному виліковуванню стоматиту, а також встановлено зменшення пародонтозу та частоти карієсу до 10–20,0 % відповідно.

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення

Проведена комплексна терапія виявилась вої оболонки стравоходу у обстежуваних нами ефективною також на ендоскопічні зміни слизо- пацієнтів (табл. 3, 4).

Таблиця 3. Ендоскопічні зміни в обстежених хворих I групи та їх динаміка на фоні комплексного лікування, %

Ендоскопічні ознаки	Обстежені хворі (n=84)			
	1.1 підгрупа (n=40)		1.2 підгрупа (n=44)	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Стравохідні прояви ГЕРХ				
Відсутність ураження стравоходу	–	–	–	8,4
LA–A	18,2	45,5**	25,0	58,3**,+
LA–B	50,0	36,3*	50,0	25,0**,+
LA–C	31,8	18,2	25,0	8,3
LA–D	–	–	–	–
Позастрравохідні прояви ГЕРХ				
Відсутність ураження стравоходу	–	–	–	10,0 %
LA–A	–	33,3	5,0	35,0
LA–B	50,0	38,9*	45,0	25,0*,+
LA–C	38,9	22,2	35,0	30,0
LA–D	11,1	5,6	15,0	–

Примітка: різниця між показниками у хворих I груп по підгрупах до та після лікування достовірна: * – $p < 0,05$; різниця між показниками у хворих 1.1 та 1.2 підгруп: + – $p < 0,05$.

Таблиця 4. Ендоскопічні зміни в обстежених хворих II групи та їх динаміка на фоні комплексного лікування

Ендоскопічні ознаки	Обстежені хворі (n=80)			
	2.1 підгрупа (n=40)		2.2 підгрупа (n=40)	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Стравохідні прояви ГЕРХ				
Відсутність ураження стравоходу	–	–	–	12,5
LA–A	11,8	23,5	12,5	43,7
LA–B	41,2	53,0	43,8	31,3+
LA–C	41,2	23,5	37,5	12,5
LA–D	5,8	–	6,2	–
Позастрравохідні прояви ГЕРХ				
Відсутність ураження стравоходу	–	–	–	12,5
LA–A	–	17,4	–	37,0+
LA–B	30,5	39,1	25,0	25,0+
LA–C	56,5	34,8	58,3	20,8*,+
LA–D	13,0	8,7	16,7	4,2

Примітка: різниця між показниками у хворих II груп по підгрупах до та після лікування достовірна: * – $p < 0,01$; різниця між показниками у хворих 2.1 та 2.2 підгруп: + – $p < 0,05$.

У хворих обох груп до призначення комплексного лікування при стравохідних клінічних проявах ГЕРХ ендоскопічно частіше встановлено ураження стравоходу, що відповідало LA–B. У пацієнтів з атипovими клінічними проявами рефлюксної хвороби частіше діагностовано LA–C (переважно у хворих II групи).

При повторному ендоскопічному дослідженні на фоні комплексної терапії із використанням Галера встановлено більш виражені позитивні

зміни, ніж у пацієнтів, що отримували лише ІПП та ітоприду гідрохлорид. У хворих 1.1 та 2.1 підгруп при повторному ФEGДС у жодному випадку не виявлено відсутність ураження слизової оболонки стравоходу (СОС), тоді як у хворих 1.2 підгрупи у 8,4 % пацієнтів з типовими ознаками ГЕРХ та у 10,0 % хворих з атипovими клінічними проявами ГЕРХ встановлено відсутність ураження СОС. Така ж тенденція мала місце у пацієнтів 2.2 підгрупи – а саме у 12,5 % обстежених з різними проявами

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення ГЕРХ. Також привертає увагу більш виражена позитивна динаміка щодо зменшення глибини ураження СОС. У 1.2 та 2.2 підгрупах (незалежно від клінічної форми ГЕРХ) при повторному ендоскопічному обстеженні зменшується кількість пацієнтів з LA-C та LA-B, що, відповідно, супроводжується збільшенням кількості пацієнтів з LA-A.

Триває пошук високоефективних засобів для лікування ГЕРХ, особливо у пацієнтів, супутня патологія яких вимагає тривалого прийому НПЗП. Альтернативними засобами при цьому можуть бути альгірати. Альгірати при прийомі всередину швидко утворюють альгіратний гелевий бар'єр на поверхні вмісту шлунка, що фізично перешкоджає виникненню ГЕРХ, і можуть застосовуватися в якості монотерапії, а також в схемах комплексної терапії ГЕРХ [13, 14].

Гіалера, що містить унікальну комбінацію альгірату натрію та натрію гіалуронату, сприяє підтримці нормального функціонування слизової оболонки шлунка та стравоходу, усунення печії. Комбінація альгірату натрію та натрію гіалуронату має наступні характеристики: альгірат натрію взаємодіє з соляною кислотою шлункового соку з утворенням гелеподібного рухливого захисного бар'єру на поверхні рідкого вмісту шлунка, що захищає слизову оболонку шлунка та стравоходу від агресивної дії соляної кислоти та пепсину; гіалуронова кислота має здатність зв'язувати молекули води та утворювати на поверхні слизової оболонки шлунка та стравоходу тонку захисну плівку, яка зберігається протягом тривалого часу та покриває нервові закінчення і створює механічний бар'єр, що перешкоджає подразненню та пошкодженню. Гіалуронова кислота також створює умови для відновлення пошкоджених клітин та загоєння слизової оболонки, сприяє зменшенню

запалення та усуненню дискомфорту в шлунку, має антисептичну дію.

Результати наших досліджень вказують на високу ефективність комбінованої терапії на основі ІПП та ітоприду гідрохлориду в поєднанні з комплексом альгірату та гіалуронової кислоти у хворих на ОХ шийного та грудного відділів хребта та ОХ на динаміку клінічних та ендоскопічних проявів ГЕРХ. Установлено виражені позитивні зміни при повторному ендоскопічному обстеженні даних пацієнтів, що підтверджує репаративні властивості та формування захисного бар'єру на фоні комплексного лікування переважно у хворих 1.2 та 2.2 підгруп, що додатково приймали препарат Гіалера.

Висновки. 1. ГЕРХ у хворих на остеохондроз шийного та грудного відділів хребта клінічно частіше проявляється стравохідною симптоматикою, тоді як у хворих з спондилоартритом – позастравохідними ознаками (стоматологічні, отоларингологічні, кардіологічні, бронхолегеневі прояви).

2. Ураження СОС при ФЕГДС у хворих на дегенеративно-дистрофічні зміни хребта частіше відповідає LA-B, як у хворих з спондилоартритом – LA-C (особливо у пацієнтів із атипичним клінічним перебігом ГЕРХ).

3. Комплексна терапія із використанням препарату на основі альгірату і гіалуронової кислоти (Гіалера) є більш ефективним за впливом на динаміку клінічної симптоматики та проявів ураження СОС при ФЕГДС, ніж БТ, що включає інгібітор протонної помпи та ітоприду гідрохлорид.

Перспективи подальших досліджень. Подальше вивчення ефективності різних схем лікування на динаміку клінічних та ендоскопічних ознак ГЕРХ у хворих з ураженням хребта дегенеративно-дистрофічного та запального генезу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Казакова Т. А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у больных ишемической болезнью сердца / Т. А. Казакова // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2014. – № 2 (46). Приложение. – С. 101.

2. Singhal V. Gastroesophageal reflux disease: diagnosis and patient selection / V. Singhal, L. Khaitan // Indian Journal of Surgery. – 2014. – Vol. 76, No. 6. – P. 453–460.

3. Bredenoord A. J. Gastroesophageal reflux disease / A. J. Bredenoord, J. E. Pandolfino, A. J. Smout // Lancet. – 2013. – Vol. 381. – P. 949.

4. Association Between Obesity and Gastroesophageal Reflux Disease in SUS Patients in the State of Bahia / A. Viana, B. Viana, L. Pereira, E. Viana // American Journal of Gastroenterology. – 2017. – No. 112. – P. S185–S186.

5. 2014 SSAT state-of-the-art conference: advances in diagnosis and management of gastroesophageal reflux

disease / K. A. Perry, T. H. Pham, S. J. Spechler [et al.] // Journal of Gastrointestinal Surgery. – 2014. – Vol. 19, No. 3. – P. 458–466.

6. Бабінець Л. С. Оцінка панкреатотропної та суглобової ефективності внутрішньоклітинного системного ферменту при остеоартрозі / Л. С. Бабінець, І. М. Галабіцька // Сімейна медицина. – 2020. – № 5–6 (91–92). – С. 66–69.

7. Бурдули Н. М. Влияние внутривенной лазерной терапии на динамику простагландинов E2 и F2a и состояние микроциркуляции у больных, страдающих ГЭРБ / Н. М. Бурдулин, Д. Я. Тадтаева // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2012. – № 6. – С. 17–20.

8. Морозов С. В. Лечение больных неэрозивной формой гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення

Современный взгляд на проблему / С. В. Морозов, Ю. А. Кучерявый // *Лечащий врач*. – 2013. – № 7. – С. 32–41.

9. Proton pump inhibitor resistance, the real challenge in gastroesophageal reflux disease / M. Cicala, S. Emerenziani, M. P. Guarino, M. Ribolsi // *World J. Gastroenterol.* – 2013. – Vol. 19 (39). – P. 6529–6535. 222.

10. Endoscopic assessment of oesophagitis: clinical and functional correlates and further validation of the Los Angeles classification / L. R. Lundell, J. Dent, J. R. Bennett [et al.] // *Gut*. – 1999. – No. 45 (2). – P. 172–180. DOI: 10.1136/gut.45.2.172.

11. Насонов Е. Л. Рекомендации EULAR по диагностике и лечению раннего артрита: 2016 / Е. Л. Насонов // *Научно-практическая ревматология*. – 2017. – № 55 (2). – С. 138–150.

12. WHO (2011). World Health Organization, Global Recommendations on Physical Activity for Health. Retrieved from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf.

13. Применение препаратов альгиновой кислоты в терапии больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью / Н. В. Харченко, Д. Т. Джанелидзе, И. С. Марухно, О. М. Герасименко // *Сучасна гастроентерологія*. – 2014. – № 2 (76). – С. 47–51.

14. Randomised clinical trial: alginate (Gaviscon Advance) vs. placebo as add-on therapy in reflux patients with inadequate response to a once daily proton pump inhibitor / C. Reimer, A. B. Lødrup, G. Smith [et al.] // *Aliment. Pharmacol. Ther.* – 2016. – No. 43. – P. 899–909.

REFERENCES

1. Kazakov, T.A. (2014). Gastroezophagealnaja refluksnaja boleznj u bolnich ishemycheskoj boleznju serdca [Gastroesophageal reflux disease in patients with ischemic heart disease]. *Vestnyk Rossijskoj vojenno-medicinskij akademii – Bulletin of the Russian Military Medical Academy*, 2(46), 101. [in Russian].

2. Singhal, V., & Khaitan, L. (2014). Gastroesophageal reflux disease: diagnosis and patient selection. *Indian Journal of Surgery*, 76(6), 453-460.

3. Bredenoord, A.J. Pandolfino, J.E., & Smout A.J. (2013). Gastroesophageal reflux disease. *Lancet*, 381, 949.

4. Viana, A., Viana, B., Pereira, L., & Viana E. (2017). Association Between Obesity and Gastroesophageal Reflux Disease in SUS Patients in the State of Bahia. *American Journal of Gastroenterology*, 112, S185-S186.

5. Perry, K. A., Pham, T. H., Spechler S. J. & et al. (2014). 2014 SSAT state-of-the-art conference: advances in diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 19(3), 458-466.

6. Babinets, L.S., & Halabitska, I.M. (2020). Otsinka pankreatotropnoyi ta suhlobovoyi efektyvnosti vnutrishnioklitynnoho systemnoho fermenty pry osteoartrozi [Evaluation of pancreaticotropic and joint efficiency of intracellular systemic enzyme in osteoarthritis]. *Simeina medytsyna – Family Medicine*, 5-6 (91-92), 66-69 [in Ukrainian].

7. Burdulin, N.M., & Tadtayeva, D.Ya. (2012). Vlyaniye vnutrivennoj lazernoj terapii na dinamiku prostaglandinov E2 i F2a a sostojaniye mikrocirkulacii u bolnich, stradajuschich GERB [Influence of intravenous laser therapy on the dynamics of prostaglandins E2 and F2a and the state of microcirculation in patients with GERD]. *Voprosy kurortologii, fizioterapii i lechebnoj kultury – Issues of balneology, physiotherapy and therapeutic physical culture*, 6, 17-20 [in Russian].

8. Morozov, S.V. & Kucherjavij, Yu.A. (2013). Lechenije bolnich neerozivnoj phormoj gastroesophagealnoj replfluxnoj boleznj. Sovremennij vzgljad na problem. [Treatment of patients with non-erosive form of gastroesophageal reflux disease. Modern view of the problem]. *Lechaschij vrach – Therapist*, 7, 32-41 [in Russian].

9. Cicala, M., Emerenziani, S., Guarino, M.P., & Ribolsi M. (2013). Proton pump inhibitor resistance, the real challenge in gastroesophageal reflux disease. *World J. Gastroenterol*, 19(39), 6529-6535.

10. Lundell, L.R., Dent, J., & Bennett, J.R. (2013). Endoscopic assessment of oesophagitis: clinical and functional correlates and further validation of the Los Angeles classification. *Gut*, 45(2), 172-180.

11. Nasonov, Ye.L. (2017). Rekomendatsii EULAR po diagnostice i lecheniju ranniego artrita. [The 2016 EULAR guidelines for the diagnosis and treatment of early arthritis]. *Nauchno-prachtycheskaja revmatologija – Sci. Pract. Rheumatol.*, 55(2), 138-150 [in Russian].

12. WHO (2011). World Health Organization, Global Recommendations on Physical Activity for Health. Retrieved from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf.

13. Harchenk, N.V., Dzhanelidze, D.T., Maruhno, I.S., & Gerasimenko, O.M. (2014). Primeneniye preparata alginovoi kisloty v terapii bolnych s gastroesophagealnoi refluksnoj boleznju [The use of alginic acid preparations in the treatment of patients with gastroesophageal reflux disease]. *Suchasna gastroenterologija – Modern Gastroenterology*, 2(76), 47-51 [in Russian].

14. Reimer, C., Lødrup, A.B., & Smith, G. (2016). Randomised clinical trial: alginate (Gaviscon Advance) vs. placebo as add-on therapy in reflux patients with inadequate response to a once daily proton pump inhibitor. *Aliment. Pharmacol. Ther.*, 43, 899-909.

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення

EFFECTIVENESS OF THE USE OF COMPLEX OF ALGINATE AND HYALURONIC ACID AIN THE COMPOSITION OF THE COMPLEX THERAPY IN PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE AND SPINAL INJURIES OF DEGENERATIVE-DYSTROPHIC AND INFLAMMATORY GENESIS

©Ye. S. Sirchak, S. A. Tsioka, Ya. F. Filak, A. S. Chobei, E. Yo. Arhiy

Uzhhorod National University

SUMMARY. The search of alternative treatment regimens for patients with gastroesophageal reflux disease (GERD), especially in combination with diseases that require long-term use of drugs from the group of nonsteroidal anti-inflammatory drugs is an urgent problem of modern clinical medicine.

The aim – to determine the features of the dynamics of the clinical course of GERD in patients with spinal degenerative-dystrophic and inflammatory genesis on the background of complex therapy using a complex of alginate and hyaluronic acids.

Material and Methods. 126 patients with GERD with various forms of spinal cord injury were examined. Patients with GERD were divided into 2 groups: group I included 46 patients with osteochondrosis (OC) of the cervical and thoracic spine, and group II consisted of 50 patients with spondyloarthritis (SpA) of the spine. All examined patients underwent general clinical studies. Depending on the method of treatment, patients were divided into subgroups: patients 1.2 subgroups (n=44) and 2.2 subgroups (n=40) received only basic therapy (BT), and patients 1.2 subgroups (n=44) and 2.2 subgroups (n=40) in addition to BT, a complex of alginate and hyaluronic acid was prescribed for 1 month.

Results. In patients with OC and SpA, complex therapy with alginate and hyaluronic acid based on the clinical manifestations of GERD was more effective, which led to a decrease in the severity of esophageal manifestations of GERD (heartburn, acid regurgitation, dysphagia), as well as atypical clinical signs of reflux. dental, otolaryngological, broncho-pulmonary and cardiac). Also, additional administration of alginate and hyaluronic acids helped to reduce the severity of endoscopic changes in the esophageal mucosa (EM), namely a decrease in the number of patients in subgroups 1.2 and 2.2 of LA-D and LA-C, accompanied by an increase in LA-A ($p<0.05$).

Conclusions. GERD in patients with osteochondrosis of the cervical and thoracic spine is clinically more often manifested by esophageal symptoms, while in patients with spondyloarthritis – extraesophageal symptoms (dental, otolaryngological, cardiac, broncho-pulmonary manifestations). Defeat of EM in endoscopic examination in patients with degenerative-dystrophic changes of the spine more often corresponds to LA-B, as in patients with spondyloarthritis – LA-B (especially in patients with atypical clinical course of GERD). Combination therapy with alginate and hyaluronic acid (Hialera) is a more effective method for the dynamics of clinical symptoms and showed EM lesions in endoscopic examination than BT, which includes a proton pump inhibitor and itopride hydrochloride.

KEY WORDS: gastroesophageal reflux disease; osteochondrosis; spondyloarthritis; treatment; alginate; hyaluronic acids.

Отримано 21.03.2022

Електронна адреса для листування: sirchakliza777@gmail.com.