

УДК 616.329 002 007 02:616 008.843.3.

I.В. КОВАЛЕНКО<sup>1,2</sup>, О.Л. СТАРЖИНСЬКА<sup>3</sup>, к. мед. н., доцент; Н.Ф. СЕРЕДА<sup>4</sup>, М.В. ЛЕМЕЩУК<sup>3</sup>, к. мед. н.; О.В. МАЗУР<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Вінницька обласна психоневрологічна лікарня імені академіка О.І. Ющенка;

<sup>2</sup>Вінницький обласний науково-практичний Центр психосоматичної медицини та медико-психологічної реабілітації учасників АТО та членів їх сімей;

<sup>3</sup>Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова;

<sup>4</sup>Вінницький обласний клінічний диспансер радіаційного захисту населення/

## Ефективність застосування препарату Адаптол у комплексному лікуванні пацієнтів з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою

### Резюме

Незважаючи на досягнення сучасної медицини, проблема діагностики та ефективного лікування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) залишається актуальною для практичних лікарів.

**Мета:** дослідження впливу мекікару (препарат Адаптол) у складі комплексної терапії пацієнтів з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою (ГЕРХ).

**Матеріали та методи.** Проведено комплексне обстеження 60 осіб, середній вік пацієнтів – 47,83±1,52 року, чоловіків – 58,33% (35), жінок – 41,67% (25). У всіх пацієнтів було діагностовано ГЕРХ, діагноз підтверджений методом ендоскопії верхніх відділів травного каналу. В ході дослідження пацієнти були розподілені на 2 групи. Основна група – 33 особи (55%), у яких в комплексному лікуванні ГЕРХ застосовували препарат Адаптол (300 мг 3 рази на добу протягом 28 днів), і група порівняння – 27 осіб (45%), яким призначалось традиційне лікування ГЕРХ. Для оцінки стану пацієнтів використовувались методики: шкала тривоги Гамільтона, опитувальник вегетативної дисфункції Вейна, опитувальник «Самопочуття, активність, настрій» (САН), візуальна аналогова шкала болю (ВАШБ), оцінка гастроінтестинальних розладів проводилась за пунктом 11 шкали тривоги Гамільтона «Гастроінтестинальні симптоми». Обстеження проводилось до початку, на 14-й та 30-й день лікування.

**Результати дослідження.** Біль та порушення емоційного стану були одними з основних симптомів ГЕРХ, відмічався також високий рівень тривоги пацієнтів. Гастроінтестинальні симптоми виявлено у всіх хворих, вегетативні розлади – у більшості (91,67%). У хворих в процесі лікування отримана позитивна динаміка всіх симптомів, проте в групі лікування із застосуванням Адаптолу вона була значно інтенсивнішою, ніж в групі порівняння. Відмічено також покращення самопочуття пацієнтів за шкалою САН.

**Висновки.** Результати проведеного порівняльного дослідження підтверджують позитивний вплив Адаптолу у складі комплексної терапії хворих ГЕРХ. Використання Адаптолу в комплексі зі стандартною медикаментозною терапією поліпшує психологічний та соматичний стан пацієнтів з ГЕРХ, сприяє зменшенню клінічної симптоматики.

**Ключові слова:** гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, вегетативні розлади, гастроінтестинальні симптоми, лікування, Адаптол

Незважаючи на досягнення сучасної медицини, проблема діагностики та ефективного лікування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) залишається актуальною для практичних лікарів. В різних країнах ГЕРХ діагностують у 10–40% дорослого населення [1], в Україні – у 30% [2], тому пацієнти з ГЕРХ складають значну частину хворих на прийомі у лікарів загальної практики – сімейної медицини. Значення ГЕРХ визначається також її хронічним перебігом, поєднанням типових та нетипових симптомів, що ускладнює процес діагностики та лікування, небезпечними ускладненнями, значним погіршенням якості життя пацієнтів [3].

Все зазначене вище свідчить, що вирішення проблеми ГЕРХ потребує сучасного інтегративного психосоматичного підходу.

Чому психосоматичний? Психосоматичні аспекти ГЕРХ простежуються у визначенні, генезі, клінічних проявах патології. Згідно з Монреальським консенсусом (2006) ГЕРХ – це стан, який розвивається, коли рефлюкс шлункового вмісту викликає симптоми, що спричиняють неспокій і/або ускладнення [4].

Генетичні чинники та середовище, в тому числі психосоціальні чинники (чутливість до стресів, психологічний стан, соціальна підтримка), через центральну та вегетативну нервову систему формують порушення фізіології травної системи [5]. Психогенні фактори відіграють значну роль у патогенезі ГЕРХ. У 84% пацієнтів з ГЕРХ спостерігаються психоемоційні розлади, зокрема депресивні (52%), тривожно-фобічні (36%) [6]. Порушення регулюючого та координуючого впливу вегетатив-

ної нервової, загальної та місцевої гормональних систем на моторно-евакуаторну функцію верхніх відділів ШКТ при психо-емоційному стресі призводить до порушення функції шлунка, дисфункції антирефлюксного бар'єра, порушення стравохідного транзиту та кліренсу розвитку GERX [7–9]. Соматичні розлади, що виникають внаслідок цього, погіршуючи якість життя хворих, посилюють тривогу, іпохондрію, депресію. Таким чином виникає замкнене патологічне коло, в якому чільне місце займають психосоматичні симптоми.

Клініка GERX відрізняється як типовими, так і атипичними проявами. Найчастішими атипичними проявами GERX є кардіальні (біль у нижній третині грудини та перебої в роботі серця), пульмонологічні (кашель та утруднення дихання в нічний період), оториноларингологічні (осиплість голосу), стоматологічні (множинні ураження зубів та ясен) [10]. Така різноманітність та атипичність проявів GERX свідчить про психосоматичну складову даної патології.

Дослідники виділяють в лікуванні GERX ряд проблем: рефрактерність до стандартної терапії, рецидивуючий перебіг, низький комплаєнс пацієнтів, поліпрагмазію та недотримання протоколу терапії з боку лікарів, тому терапія даного захворювання є складною та не завжди успішною [11].

Корекція патофізіологічних феноменів за допомогою антацидів, антисекреторних препаратів, прокінетиків, ферментних препаратів недостатня для повного одужання, тому що ці препарати впливають на наслідки функціональних порушень (запалення, виразки, ерозії), а не на власне порушення [7]. Таким чином, враховуючи психосоматичний радикал етіопатогенетичних та клінічних аспектів, а також складнощі в лікуванні GERX, на думку авторів, у терапії захворювання слід застосовувати психосоматичний підхід, що включає корекцію способу життя (дотримання режиму харчування, праці та відпочинку, відмову від паління, фізичну активність), психотерапію та психокорекцію (зняття напруження, тривоги, депресії, корекцію порушених відносин особистості з оточуючим), призначення безпечних засобів впливу на центральну нервову систему з групи анксиолітиків – препаратів, що зменшують тривогу, страх, емоційну напругу. В клінічній практиці лікарі надають перевагу «денним» транквілізаторам без значного снодійного ефекту, які зручно використовувати амбулаторно. Найбільш уживаним у сучасній психосоматичній практиці є Адаптол, що належить до транквілізаторів із групи біциклічних біссечовин [12].

Препарат має широкий клініко-фармакологічний спектр дії, що включає вегетостабілізуючий, анксиолітичний, ноотропний, адаптогенний, стрес-протективний, анагетичний, антиоксидантний, імуномодельючий ефекти [13]. Адаптол не метаболізується та не накопичується в організмі, він не взаємодіє з іншими препаратами, що дозволяє поєднувати Адаптол із соматотропними засобами в комплексній терапії [14].

При застосуванні препарату Адаптол в комплексному лікуванні виразкової хвороби та синдрому подразненого кишечника виявлено вегетонормалізуючий та вегетокоригуючий ефекти, зменшення порушень функції ШКТ, що сприяло

підвищенню ефективності лікування виразкової хвороби, побічних ефектів виявлено не було [15–17].

## Матеріали та методи дослідження

З метою дослідження впливу мебікару (препарат Адаптол) у складі комплексного лікування пацієнтів з GERX проведено комплексне обстеження загальної групи 60 осіб. Середній вік пацієнтів становив  $47,83 \pm 1,52$  року. Чоловіків було 35 (58,33%), жінок – 25 (41,67%). У всіх пацієнтів було діагностовано GERX, діагноз підтверджено методом ендоскопії верхніх відділів травного каналу. З числа усіх обстежених у 9 (15%) встановлено ерозивну форму GERX. При виявленні ерозивної форми через місяць пацієнтам проводилося повторне ендоскопічне дослідження. Всі пацієнти отримували медикаментозне лікування антицидами, прокінетиками, інгібіторами протонної помпи, при виявленні хелікобактерного В-гастриту – антибіотиками та еубіотиками.

В ході дослідження пацієнти були розподілені на 2 групи. Основну групу склали 33 (55%) особи, у яких в комплексному лікуванні GERX застосовували препарат Адаптол; група порівняння – 27 (45%) осіб, яким призначалося традиційне лікування GERX. Препарат Адаптол призначався у капсулах (з метою більшої безпеки та гастропротекції) по 300 мг 3 рази на добу 28 днів. Основна група та група порівняння не мали достовірних відмінностей за віком, статтю та тривалістю захворювання. Хворі з ерозивним езофагітом були рівномірно розподілені до основної групи та групи порівняння – 4 (6,67%) та 5 (8,33%) відповідно.

Для оцінки стану пацієнтів використовували методики: шкала тривоги Гамільтона, опитувальник вегетативної дисфункції Вейна, опитувальник «Самопочуття, активність, настрій» (САН), візуальна аналогова шкала болю (ВАШБ), оцінку гастроінтестинальних розладів проводили за пунктом 11 шкали тривоги Гамільтона «Гастроінтестинальні симптоми». Обстеження проводилося до початку лікування, на 14-й та 30-й день лікування. Математичну обробку виконували з використанням програми STATISTICA 6.0. Вірогідність відмінностей середніх величин двох зв'язаних вибірок оцінювали за критерієм Стьюдента (t) або U-критерієм Манна-Уїтні. Для номінальних змінних (шкали найменувань) взаємозв'язок розраховувався за таблицями спряженості за допомогою критерію  $\chi^2$  Пірсона.

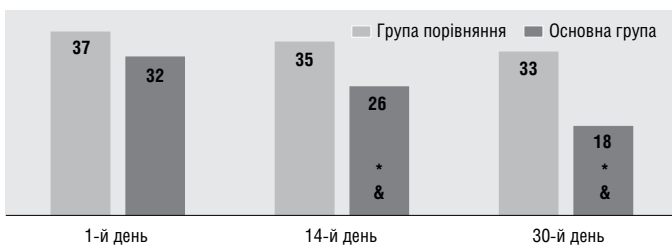
## Результати та їх обговорення

До початку лікування клінічна картина пацієнтів з GERX в загальній групі характеризувалася такими даними.

Біль був одним із провідних симптомів GERX, часто мав характер неприємних, болісних відчуттів у ділянці епігастрію, залежав як від соматичного стану, так і від стресових ситуацій, мав тривалий характер та значно порушував якість життя пацієнтів. Больовий синдром за ВАШБ спостерігався у 85% пацієнтів, при цьому переважали хворі з легким боєм – 34 (56,67%), натомість 17 (28,33%) учасників оцінювали біль як сильний.

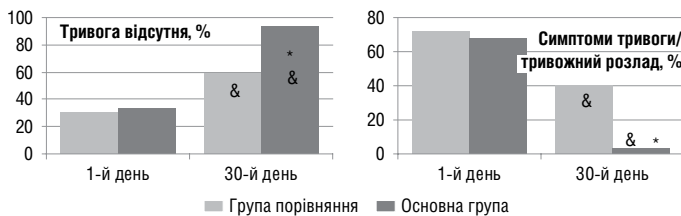
Основні показники емоційного стану, такі як самопочуття, активність та настрої, визначають загальний стан пацієнтів і впливають на якість їх життя. За шкалою САН за самопочуттям переважали особи з низьким рівнем – 30 (50%), 19 (31,67%) – середнім, 11 (18,33%) – високим. За активністю найменше осіб із низькою – 14 (23,33%), середньою та високою – 26 (43,33%) та 20 (33,34%) відповідно. За настроєм найменше осіб із високим рівнем – 14 (23,33%), низьким та середнім – 1 (31,67%) і 27 (45%) відповідно.

Вегетативні розлади виявлено у переважної більшості хворих – 55 (91,67%). Середній бал за опитувальником вегетативної дисфункції Вейна більше ніж удвічі перевищував норму і становив  $34,68 \pm 1,81$  бала.

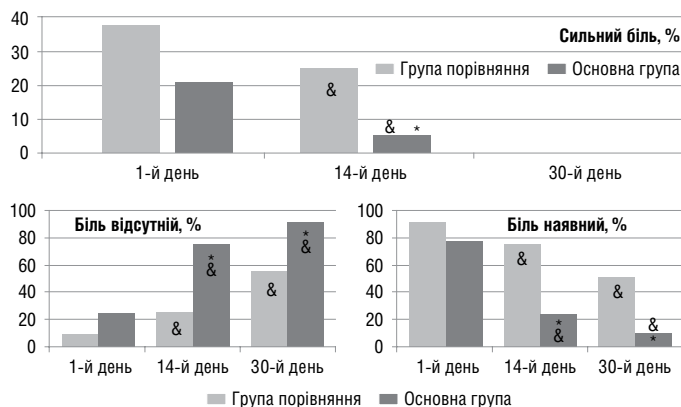


**Рис. 1.** Динаміка вегетативних розладів за опитувальником Вейна (бали)

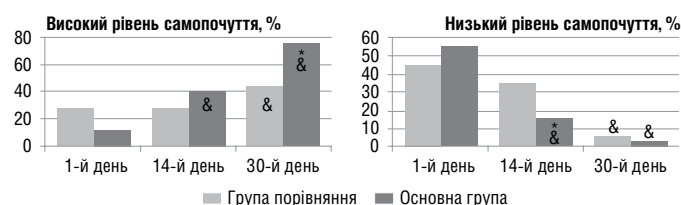
Примітки (рис. 1–4): \* – відмінності достовірні у порівнянні груп ( $p < 0,05$ ); & – відмінності достовірні порівняно з початковим рівнем ( $p < 0,05$ ).



**Рис. 2.** Динаміка тривоги за шкалою Гамільтона (%)



**Рис. 3.** Динаміка больового синдрому за ВАШБ (%)



**Рис. 4.** Динаміка самопочуття за шкалою САН (%)

Тривога є одним з визначальних симптомів у пацієнтів з GERX. В середньому рівень тривоги за шкалою Гамільтона становив  $11,60 \pm 0,85$  бала, що оцінюється як симптоми тривоги. Серед всіх пацієнтів найбільше осіб було саме з симптомами тривоги – 32 (53,53%), тривожний розлад виявлено у 9 (15%), лише у 19 (31,67%) пацієнтів тривога була відсутня або мінімальна.

Оцінка гастроінтестинальних симптомів (утруднене ковтання, метеоризм, біль у животі, печія, відчуття переповненого шлунка, нудота, блювання, урчання в животі, діарея, закрепи, зниження маси тіла) показала, що за пунктом 11 шкали Гамільтона до початку лікування гастроінтестинальні симптоми були у всіх пацієнтів, при цьому достовірно переважали особи з помірним рівнем – 25 (41,67%), зі слабким та тяжким – приблизно однакова кількість хворих – 12 (20%) та 14 (23,33%) відповідно, з дуже тяжким – 9 (15%). За всіма наведеними параметрами основна та група порівняння достовірно не відрізнялися.

Таким чином, отримані дані дають можливість створити «психосоматичний портрет» пацієнта з GERX: це особа, яка має вегетативну дисфункцію, больовий синдром, функціональні гастроінтестинальні симптоми, симптоми тривоги, погіршені самопочуття, знижений або середній настрої, середній рівень активності.

## Лікування

До початку лікування в обох групах переважна більшість хворих мали вегетативні розлади. На 30-й день в основній групі кількість хворих з вегетативними розладами достовірно зменшилася майже вдвічі – 16 (48,48%), в групі порівняння – не змінилася, пацієнтів з вегетативними розладами ще була переважна більшість – 23 (85,19%).

Рівень вегетативних розладів за опитувальником Вейна в основній групі достовірно зменшувався в процесі лікування на 14-й та 30-й день, натомість у групі порівняння рівень достовірно не змінювався (рис. 1).

Динаміка відчуття тривоги в процесі лікування показала значні відмінності між досліджуваними групами. В основній групі, в якій застосовували Адаптол, рівень тривоги за опитувальником Гамільтона достовірно зменшився в процесі лікування на 14-й та 30-й дні, на відміну від групи порівняння, в якій динаміка відчуття тривоги не мала достовірних змін. В цілому, на 30-й день рівень тривоги в основній групі лікування був суттєво меншим, ніж у групі порівняння (рис. 2).

За показниками ВАШБ в процесі лікування відмічено позитивну динаміку в обох групах, але у пацієнтів, які приймали Адаптол, спостерігалася більш швидка динаміка: вже на 14-й день 18 (54,55%) пацієнтів відмітили зникнення больових відчуттів, в той час як у групі порівняння – тільки 4 (14,81%) особи ( $p < 0,05$ ). На 30-й день в обох групах були відсутні пацієнти з сильним больовим синдромом, в основній групі переважна більшість хворих не мали болю, в групі порівняння приблизно порівну було хворих з відсутністю болю та з легким больовим синдромом (рис. 3).

Виявлена в процесі лікування позитивна динаміка гастроінтестинальних симптомів у групі лікування із застосуванням

Адаптолу була значно інтенсивнішою, ніж у групі порівняння. На 14-й день в обох групах з'явилися пацієнти, у яких були відсутні гастроінтестинальні симптоми – 2 (6,06%) в основній групі та 1 (3,7%) – в групі порівняння ( $p \geq 0,05$ ). Разом з тим, в основній групі достовірно зменшилася кількість хворих із тяжкими проявами: втреті – 9 (27,27%) проти 3 (9,09%) ( $p < 0,05$ ); та дуже тяжкими проявами (у 5 разів – 5 (15,16%) проти 1 (3,03%) ( $p < 0,05$ )). Серед хворих у групі порівняння розподіл пацієнтів за тяжкістю гастроінтестинальних симптомів достовірно не змінився; хворих із тяжкими проявами в групі порівняння залишалося майже втреті більше, ніж в основній групі, – 7 (25,94%) проти 3 (9,09%) ( $p < 0,05$ ). На 30-й день в обох групах не було пацієнтів з дуже тяжкими симптомами, а в основній групі – і пацієнтів з тяжкими проявами.

Самопочуття пацієнтів за шкалою САН змінювалось більш повільно, але було кращим в основній групі. На 14-й день не виявлено достовірних відмінностей у розподілі хворих за рівнем самопочуття в обох групах. На 30-й день в обох групах достовірно зменшилася кількість хворих з низьким рівнем самопочуття. Проте в основній групі це сталося за рахунок переважного зростання кількості хворих з високим рівнем самопочуття (25; 75,76% ( $p < 0,05$ ), в групі лікування без А – за рахунок рівномірно хворих з середнім рівнем 14 (51,85%) (рис. 4).

Показники активності за шкалою САН також відновлювалися повільно (на 14-й день в обох групах достовірних змін не виявлено), але динаміка серед пацієнтів основної групи була кращою. На 30-й день лікування в основній групі суттєво зросла кількість хворих з високим рівнем активності – 26 (78,79%) та зменшилася когорта пацієнтів із середнім рівнем – 5 (15,15%) при порівнянні з першим та 14-м днем ( $p < 0,05$ ). Серед хворих групи порівняння достовірно збільшилося число хворих з високим рівнем, водночас їх було значно менше, ніж в основній групі, – 13 (48,15%) ( $p < 0,05$ ).

В процесі лікування відмічено поліпшення настрою пацієнтів за шкалою САН. Уже на 14-й день серед пацієнтів, які приймали Адаптол у складі комплексної терапії, достовірно зменшилася когорта хворих з низьким рівнем настрою – з 12 (36,36%) до 3 (9,09%) та зросла з високим – з 6 (18,19%) до 16 (48,49%). У групі порівняння ситуація залишалася на початковому рівні і достовірно змінилася лише на 30-й день – суттєво зросла кількість осіб з високим рівнем настрою – з 8 (13,13%) до 14 (51,85%). Проте в основній групі на 30-й день майже всі пацієнти – 26 (91%) – демонстрували високий рівень настрою, в групі порівняння осіб з середнім та високим рівнем настрою було майже порівну – 12 (44,45%) та 14 (51,85%) відповідно. Вірогідно, такі зміни настрою зумовлені комплексом позитивних змін проявів ГЕРХ в процесі лікування.

Серед хворих з ерозивним езофагітом результати лікування за гастроінтестинальними проявами, ВАШБ та іншими показниками статистично достовірно не відрізнялися в досліджуваних групах, ймовірно, за рахунок невеликої кількості таких пацієнтів. Разом з тим, у всіх пацієнтів з ерозивною формою ГЕРХ як в основній, так і в групі порівняння за даними повторної езофагогастроскопії спостерігалось загоєння ерозій (перехід з ендоскопічно позитивної форми в ендоскопічно негативну).

## Висновки

Таким чином, проведене порівняльне дослідження підтверджує позитивний вплив Адаптолу у складі комплексної терапії хворих ГЕРХ. Адаптол сприяв зменшенню больових відчуттів, тривоги, вегетативних розладів, гастроінтестинальних симптомів, поліпшенню самопочуття, активності та настрою пацієнтів. Використання Адаптолу в комплексі зі стандартною медикаментозною терапією поліпшує психологічний та соматичний стан пацієнтів з ГЕРХ, сприяє зменшенню клінічної симптоматики. В ході дослідження при прийомі препарату Адаптол у вигляді капсул побічних ефектів не виявлено. Адаптол добре переносився пацієнтами і може бути рекомендованим для включення до комплексу лікування осіб з ГЕРХ.

**Додаткова інформація.** Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

## Список використаної літератури

1. Драгомирецькая Н.В. Эволюция в понимании патогенеза гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и путей совершенствования ее терапии / Н.В. Драгомирецькая // Сучасна гастроентерологія. – 2016. – № 3 (89). – С. 81-88.
2. Острогляд А.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная хвороба: діагностика, поширеність, фактори ризику: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А.В. Острогляд. – 2008. – 32 с.
3. Харченко Н.В. 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.
4. Vakil N. 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.
5. Осипенко М.Ф. Психотропные средства в гастроэнтерологии // Фарматека. – 2005. – Т. 109, №14.
6. Релина Н.В., Воронцов Д.В., Юматова И.И. Основы клинической психологии. – М: Магистр-ПРЕСС, 2003.
7. Еганян Г.А. Небензодиазепиновые анксиолитики в комплексной терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и неязвенной диспепсии желудка // Лечащий врач. – 2006. – №7.
8. Бабак О.Я. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: от понимания механизмов развития заболевания к уменьшению клинических симптомов / О.Я. Бабак, Е.В. Колесникова // Сучасна гастроентерологія. – 2012. – № 3 (65). – С. 32-38.
9. Бичков М.А. Особенности вмісту пепсину в шлунковому соку у хворих на гастроэзофагеальную рефлюксную хворобу // Клінічна та експериментальна патологія. – 2015. – XIV №2 (52). – С. 27-30.
10. Бабак М.О. Поширеність типових та атипичних проявів гастроэзофагеальной рефлюксной хвороби // Український терапевтичний журнал. – 2011. – №2. – С. 33-37.
11. Чернявский В.В. Практические аспекты ведения пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью: возможные ловушки // Сучасна гастроентерологія. – 2011. – № 4 (60). – С. 147-152.
12. Чабан О.С., Хаустова О.О. Терапія пацієнтів з тривожними синдромами в межах невротичних та психосоматичних розладів (серцево-судинна патологія і метаболічний синдром X). Методичний посібник. – Київ, 2009.
13. Бурчинский С.Г. Фармакотерапевтический аспект применения препарата Адаптол // Ліки. – 2001. – №5-6.
14. Громов Л., Дудко Е. «Типичные» и «атипичные» транквилизаторы // Вестник фармакологии и фармации. – 2003. – №10. – С. 11-17.
15. Никула Т.Д., Манжалий Е.Г. Оцінка ефективності та переносимості препарату Адаптол (мебікар) 500 мг у хворих з дуоденальною пептичною виразкою з наявністю психоемоційних і вегетативних порушень // Врачебное дело. – 2007. – №4. – С. 77-81.
16. Никула Т.Д., Мойсеенко В.О., Манжалий Е.Г. Варіабельність серцевого ритму у хворих на виразкову хворобу та можливість корекції вегетативної дисфункції «Адаптолом» // Сучасна гастроентерологія. – 2007. – №5 (37).
17. Палій І.Г., Півторак Н.А. Можливості корекції вегетативної дисфункції у хворих із синдромом роз'ятраженого кишечника // Вісник Вінницького національного медичного університету. – 2003. – №7 (2/2). – С. 731-732.

## Резюме

### Эффективность применения препарата Адаптол в комплексном лечении пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

И.В. Коваленко<sup>1,2</sup>, О.Л. Старжинская<sup>3</sup>, Н.Ф. Середя<sup>4</sup>, М.В. Лемешчук<sup>3</sup>, О.В. Мазур<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Винницкая областная психоневрологическая больница имени академика О.И. Ющенко;

<sup>2</sup>Винницкий областной научно-практический Центр психосоматической медицины и медико-психологической реабилитации участников АТО и членов их семей;

<sup>3</sup>Винницкий национальный медицинский университет имени Н.И. Пирогова;

<sup>4</sup>Винницкий областной клинический диспансер радиационной защиты населения

Несмотря на достижения современной медицины, проблема диагностики и эффективного лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) остается актуальной для практических врачей.

**Цель:** исследование влияния мепикара (препарат Адаптол) в составе комплексной терапии пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ).

**Материалы и методы.** Проведено комплексное обследование 60 лиц, средний возраст пациентов – 47,83±1,52 года, мужчин – 58,33% (35), женщин – 41,67% (25). У всех пациентов была диагностирована ГЭРБ, диагноз подтвержден методом эндоскопии верхних отделов пищеварительного тракта. В ходе исследования пациенты были распределены на 2 группы. В основную группу входило 33 пациента (55%), которым в составе комплексной терапии ГЭРБ назначался препарат Адаптол, в группу сравнения – 27 пациентов (45%), которым назначалось традиционное лечение ГЭРБ. Для оценки состояния пациентов использовались методики: шкала тревоги Гамильтона, опросник вегетативной дисфункции Вейна, опросник «Самочувствие, активность, настроение» (САН), визуальная аналоговая шкала боли (ВАШБ), оценка гастроинтестинальных расстройств проводилась в соответствии с пунктом 11 шкалы тревоги Гамильтона «Гастроинтестинальные симптомы». Обследование проводилось до начала, на 14-й и 30-й день лечения.

**Результаты исследования.** Боль и нарушение эмоционального состояния были одними из основных симптомов ГЭРБ, отмечался также высокий уровень тревоги пациентов. Гастроинтестинальные симптомы были выявлены у всех больных, вегетативные расстройства – у большинства (91,67%). У пациентов в процессе лечения положительная динамика всех клинических симптомов, однако в группе, в которой был назначен препарат Адаптол, она была значительно более интенсивной, чем в группе сравнения. Отмечено также улучшение самочувствия пациентов по шкале САН.

**Выводы.** Результаты проведенного сравнительного исследования подтверждают положительное влияние применения препарата Адаптол в составе комплексной терапии больных ГЭРБ. Использование Адаптола в комплексе со стандартной медикаментозной терапией улучшает психологическое и соматическое состояние пациентов с ГЭРБ, способствует уменьшению клинической симптоматики.

**Ключевые слова:** гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, вегетативные расстройства, гастроинтестинальные симптомы, лечение, Адаптол

## Summary

### Efficacy of Adaptol use in complex treatment of patients with gastroesophageal reflux disease

I.V. Kovalenko<sup>1,2</sup>, O.L. Starzhinska<sup>3</sup>, N.F. Sereda<sup>4</sup>, M.V. Lemeshchuk<sup>3</sup>, O.V. Mazur<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Vinnitsya Regional Psycho-neurological Hospital named after acad. O.I. Yushchenko,

<sup>2</sup>Vinnitsya Regional Scientific and Practical Center of psychosomatic medicine and medical and psychological rehabilitation of ATO participants and their families,

<sup>3</sup>M.I. Pirogov Vinnitsya National Medical University,

<sup>4</sup>Vinnitsya Regional Clinical Dispensary of Radiation Protection of the Population

Despite the advances in modern medicine, the problem of diagnosis and effective treatment of gastroesophageal reflux disease (GERD) remains relevant for practitioners.

**Objective.** To study the effect of a mebicar (Adaptol) as part of the integrated therapy of patients with gastroesophageal reflux disease (GERD).

**Materials and methods.** Complex examination of 60 people, average age of patients – 47,83 ± 1,52 years, men – 58,33% (35), women – 41,67% (25). In all patients were diagnosed GERD, the diagnosis confirmed by the endoscopy of the upper digestive tract. During the study patients were divided into 2 groups. The main group – 33 people (55%), who used the Adaptol (300 mg 3 times a day for 28 days) in the complex treatment of GERD, and the group of comparison – 27 persons (45%) who were prescribed traditional hereditary treatment. To assess the patients' condition were used: Hamilton's scale of anxiety, vegetative dysfunction questionnaire of O. Vein, «Feeling, Activity, Mood» questionnaire (FAM), Pain visual analog scale. The assessment of gastrointestinal disorders was performed according point 11 of the Hamilton scale of «Gastrointestinal symptoms». The assessment was conducted before the start, follow-up on the 14th and 30th day of treatment.

**Research results.** Pain and emotional disturbances were one of the main symptoms of GERD, and there was a high level of anxiety among patients. Gastrointestinal symptoms were found in all patients, vegetative disorders - in the majority (91.67%). Patients in the process of treatment received a positive dynamics of all the symptoms, but in the treatment group (Adaptol), it was significantly more intense than in the comparison group. Improvement of patients' well-being due to the FAM scale was also noted.

**Conclusions.** The results of the comparative study confirm the positive effect of the Adaptol in the complex therapy of patients with GERD. The use of Adaptol in a complex with standard medical therapy improves the psychological and somatic state of patients with GERD, contributes the reduction of clinical symptomatology.

**Key words:** gastroesophageal reflux disease, vegetative disorders, gastrointestinal symptoms, treatment, Adaptol