

ВНЕПИЩЕВОДНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ИХ РАННЯЯ СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Е. Онучина¹, доктор медицинских наук,

С. Брикова²,

В. Цуканов³, профессор, доктор медицинских наук

¹Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования

²Клинический госпиталь ветеранов войн, Иркутск

³Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера СО РАМН, Красноярск

E-mail: elonu@mail.ru

Внепищеводные синдромы больше характерны для пожилых больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, чем для пациентов зрелого возраста (соответственно 58,5 и 24,7% случаев; $p < 0,001$), и в старшей возрастной группе представлены сочетанием 2 и более форм (в 67,9% случаев), чаще – комбинацией бронхопульмональных и оториноларингофарингеальных синдромов. Возможности альгината натрия в снижении частоты и сроков купирования последних при лучшей переносимости выше, чем у антацидных препаратов.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, пожилой возраст, альгинат натрия, Гевискон, Гевискон Двойное Действие, антацидные препараты.

Распространенность гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) в странах Западной Европы и Северной Америки достигает 25,9–27,8%, Восточной Азии – 7,8% [5]. Регистрирующиеся в последние годы эпидемические тренды роста числа случаев и тяжести заболевания наиболее заметны в старших возрастных группах [9]. ГЭРБ – заболевание с широким спектром клинических проявлений. В соответствии с решениями Монреальского консенсуса их подразделяют на пищеводные и внепищеводные [15]. Внепищеводные синдромы с установленной ассоциацией с ГЭРБ включают в себя кашель, ларингит, бронхиальную астму и эрозии эмали зубов, с предположительной ассоциацией с ГЭРБ – фарингит, синусит, идиопатический фиброз легких и рецидивирующий средний отит. К внепищеводным синдромам ГЭРБ относят также кардиальные проявления – кардиалгии, транзиторные нарушения сердечного ритма и проводимости [6]. Несмотря на значительное число публикаций о проблеме в целом, внепищеводные синдромы в старших возрастных группах изучены мало и сведения о них в литературе фрагментарны.

Доказательная медицина в качестве группы препаратов, традиционно используемой для лечения ГЭРБ, рекомендует ингибиторы протонной помпы (ИПП). Однако их клинический эффект может начать проявляться через 6–7 дней после

приема. Есть данные о возможности использования в целях ранней симптоматической терапии ГЭРБ антацидных и альгинатных препаратов. Однако информации об особенностях их применения у пожилых пациентов нет. Следует учесть, что для лиц старших возрастных групп характерны полиморбидность и полифармация, а значит, и повышенная вероятность межлекарственных взаимодействий, которые могут изменить концентрацию в плазме назначенных больному препаратов и их эффективность. Эти же факторы в сочетании с инволютивными изменениями абсорбции лекарственных веществ в желудочно-кишечном тракте, их биотрансформации в печени и снижением экскреторной функции почек повышают вероятность нежелательных явлений.

Нами изучены частота, структура внепищеводных проявлений ГЭРБ у больных пожилого возраста, а также клиническая эффективность и безопасность применения альгината натрия (препарата Гевискон) для их купирования на 3-й и 7-й дни его приема.

На 1-м этапе исследования были обследованы 1100 больных ГЭРБ (средний возраст – $69,0 \pm 5,9$ года) и 453 больных ГЭРБ в среднем возрасте $45,6 \pm 9,4$ года (группа сравнения). Диагностику ГЭРБ осуществляли на основании рекомендаций Монреальского консенсуса [15]. Степень повреждения слизистой пищевода оценивали по Лос-Анджелесской классификации [10]. Пищевод Барретта (ПБ) диагностировали при наличии кишечной метаплазии в слизистой оболочке дистального отдела пищевода [13]. Для верификации внепищеводных проявлений по показаниям применяли: суточное внутрижелудочное и внутрипищеводное pH-мониторирование; ЭКГ и ЭхоЭКГ в покое и при физической нагрузке (при ее переносимости); холтеровское мониторирование ЭКГ; мультиспиральную компьютерную томографию сердца и сосудов; коронарную ангиографию; рентгеноскопию органов грудной клетки; спирометрию; пробу с бронхолитиками; фиброларингоскопию; консультации кардиолога, пульмонолога, оториноларинголога, стоматолога.

На 2-м этапе провели открытое продольное рандомизированное исследование с целью сравнения альгинатного и антацидного препаратов для ранней симптоматической терапии ГЭРБ. После подписания информированного согласия методом «закрытых конвертов» 60 пожилых больных с LA-A стадией эрозивной рефлюксной болезни (ЭРБ), не принимавших ИПП, разделили на 2 равные группы, получавшие 3 раза в день после еды и на ночь альгинатный препарат Гевискон в дозе 10 мл или алюмомагнийевый антацидный препарат (1 пакетик). Препарат Гевискон – суспензия, 10 мл которой содержит натрия альгинат (500 мг), натрия гидрокарбонат (267 мг) и кальция карбонат (160 мг). Состав 1 пакетика алюмомагнийевого антацида: алюминия гидроксид (525 мг), магния гидроксид (600 мг). В ходе исследования по 5-балльной шкале Likert оценивали частоту и выраженность типичных пищеводных (изжога, кислая отрыжка) и внепищеводных (хронический кашель, першение в горле) симптомов, которые фиксировали исходно, на 3-й и 7-й дни исследования. Оценивали частоту нежелательных явлений. Дополнительно анкетировали намерение пациентов продолжать использовать препарат после окончания исследования. Длительность наблюдения составила 7 дней. С 8-го дня больным были назначены стандартные дозы ИПП. В обеих группах завершили исследование согласно протоколу по 30 (100%) больных.

У пожилых больных внепищеводные синдромы диагностировали в 2,4 раза чаще, чем у пациентов зрелого возраста (соответственно 58,5 и 24,7% случаев; $p < 0,001$).

Структура синдромов в анализируемых возрастных группах различалась (табл. 1). В старшей возрастной группе внепищеводные синдромы были представлены преимущественно (в 67,9% случаев) сочетанием 2 и более форм. Наиболее часто регистрировали комбинацию бронхопульмональных и оториноларингофарингеальных синдромов, тогда как у больных зрелого возраста доля моноформы достигала 86,6% с превалированием кардиальных проявлений; сложных сочетаний внепищеводных синдромов по типу три- и quadroформы в этой возрастной группе мы не обнаружили. Внепищеводные синдромы у пожилых пациентов одинаково часто диагностировали при неэрозивной рефлюксной болезни (в 57,5% случаев), ЭРБ (59,7%) и ПБ (61,3%). У пациентов зрелого возраста частота внепищеводных синдромов была наибольшей при ПБ.

Возникновение бронхопульмональных, оториноларингофарингеальных и стоматологических проявлений ГЭРБ зависит прежде всего от протяженности рефлюкса и состоятельности верхнего пищеводного сфинктера (ВПС), обуславливающих возможность микроаспирации рефлюксата в дыхательные пути, полость рта и ЛОР-органы. Для появления кардиальной формы внепищеводных синдромов ключевое значение имеют функция нижнего пищеводного сфинктера и скорость клиренса пищевода, контролирующая реализацию ваго-вагального рефлекса. ВПС, сформированный циркулярным мышечным слоем и перстневидно-глоточной мышцей, играет важную роль в предотвращении регургитации пищеводного содержимого в глотку и полость рта, а также его последующей аспирации в дыхательные пути и ЛОР-органы.

Обследуя молодых и пожилых здоровых добровольцев, E. Bardan и соавт. (2006) выявили негативное влияние возрастного фактора на функцию ВПС: снижение акселерации гипофарингеального болюса, значительное повышение

трансфинктерного градиента давления и прогрессивное инволютивное снижение гортанной, глоточной и субглоточной чувствительности [4]. Характерная для лиц пожилого возраста низкая эффективность объемного и химического клиренса также способствует реализации рефлюксных и рефлкторных патогенетических механизмов внепищеводных синдромов ГЭРБ. При проведении суточной внутрижелудочной и внутрипищеводной рН-метрии в старшей возрастной группе нами было установлено превышение в 3,6 раза числа рефлюксов с продолжительностью >5 мин и в 1,4 раза – длительности самого продолжительного из них по сравнению с аналогичными показателями у лиц зрелого возраста [2].

В современном определении ГЭРБ симптомы, беспокоящие пациентов, обозначены как мучительные, неприятные, тягостные [15]. Их быстрое купирование возвращает больному благополучие, существенно повышая качество жизни. Как видно из табл. 2, на 3-й день исследования число больных с сохранившимся симптомом изжоги в группе приема альгината было в 3 раза меньше, чем в группе, принимавшей антацидные препараты, а выраженность симптома – в 2 раза ниже. Различия между группами по указанным показателям оставались достоверными и к 7-му дню исследования.

В отличие от приема альгината прием антацида оказал статистически значимое влияние на частоту кислой отрыжки только к 7-му дню исследования, при этом доля больных с сохраняющимся симптомом в группе альгината была на порядок ниже, чем в группе антацида (3,3 против 30,0%; $p=0,01$). По купированию выраженности кислой отрыжки на 3-й и 7-й дни исследования альгинат статистически значимо превосходил антацидный препарат.

В группе альгината достоверно снизились частота и выраженность хронического кашля и першения в горле на 3-й день и было значительное снижение выраженности першения

в горле на 7-й день (табл. 3), тогда как в группе антацида достоверно изменилась только выраженность хронического кашля на 3-й день, а першения в горле – на 7-й день. Прием антацида не оказывал статистически значимого влияния на частоту анализируемых внепищеводных синдромов. То есть прием альгинатного препарата обеспечил достоверно более полный и более ранний, чем прием антацидного препарата, эффект купирования изжоги, кислой отрыжки, хронического кашля и першения в горле. В группе альгината суммарный показатель ЧБНЛ (показатель, используемый в оценке эффективности медицинского вмешательства, – среднее число больных, которых необходимо лечить, чтобы достичь определенного благоприятного исхода) при воздействии на пищеводные синдромы, на 3/7-й дни составил: 1,2: 1,1–1,3/1,0 (дове-

Структура внепищеводных синдромов в зависимости от возраста, абс. (%)

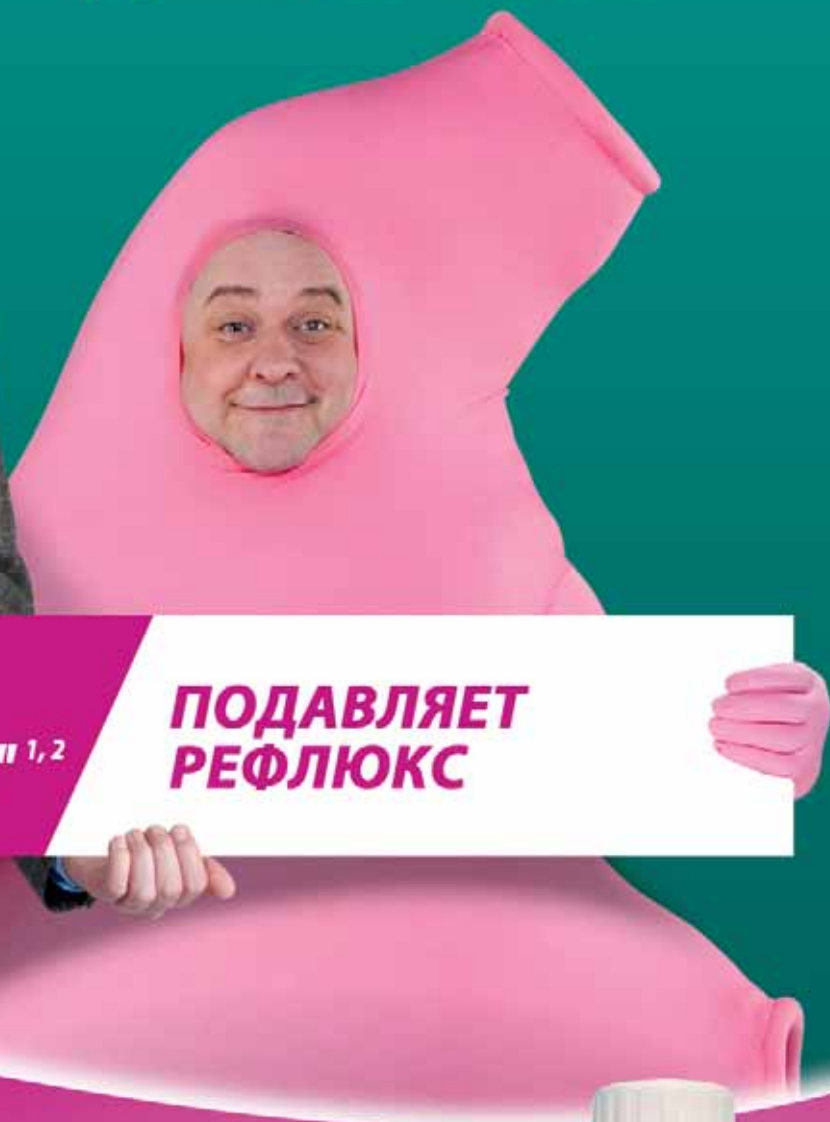
Таблица 1

Внепищеводные синдромы	1. Пожилые больные ГЭРБ (n=644)	2. Больные ГЭРБ зрелого возраста (n=112)	P_{1-2}
К	84 (13,0)	49 (43,8)	0,00001
БП	46 (7,1)	36 (32,1)	0,00001
О	76 (11,8)	11 (9,8)	0,54
С	1 (0,2)	1 (0,9)	0,16
Все моноформы синдромов	207 (32,1)	97 (86,6)	0,0003
К + БП	26 (4,0)	5 (4,5)	0,83
К + О	47 (7,3)	4 (3,6)	0,15
К + С	52 (8,1)	0 (0)	0,002
БП + О	103 (16,0)	6 (5,3)	0,003
БП + С	18 (2,8)	0 (0)	0,07
О + С	63 (9,8)	0 (0)	0,001
Все биформы синдромов	309 (48,0)	15 (13,4)	0,00001
Все триформы синдромов	96 (14,9)	0 (0)	0,00001
Все quadroформы синдромов	32 (5,0)	0 (0)	0,02

Примечание. Синдромы: К – кардиальные; БП – бронхопульмональные; О – оториноларингофарингеальные; С – стоматологические.

GAVISCON

**ДВОЙНОЕ
ДЕЙСТВИЕ**



**НЕЙТРАЛИЗУЕТ
"КИСЛОТНЫЙ КАРМАН"^{1,2}**

**ПОДАВЛЯЕТ
РЕФЛЮКС**

**И ВАШ ПАЦИЕНТ
В ХОРОШИХ ОТНОШЕНИЯХ
СО СВОИМ ЖЕЛУДКОМ!**

1. Kwiatek M.A. et al. Aliment Pharmacol Ther 2011 May 3.
2. Dettmar PW et al. Int J Clin Pract 2007; 61(10): 1654-62.



рительный интервал – ДИ – 0,9–1,1; $p=0,00001$); на внепищеводные: 4,3: 2,7–10,4/3,8 (ДИ – 2,5–7,3; $p=0,001/0,0002$), в группе антацида – соответственно 1,6: 1,3–2,0/1,3 (ДИ – 1,2–1,6; $p=0,00001$) и 42,9: 15,0–65,3/17,5 (ДИ – 3,5–50,6; $p=0,79/0,09$).

Полученные данные отражают ранний и стойкий клинический эффект альгинатного препарата в купировании всех анализируемых симптомов, тогда как прием антацидного препарата оказывал достоверное влияние только на проявления пищеводных синдромов. Основным патогенетическим механизмом последних является заброс и длительный контакт кислого желудочного содержимого со слизистой пищевода, однако благодаря использованию современных диагностических приемов установлено, что около 15% случаев изжоги и отрыжки даже при ЭРБ ассоциированы с невисцеральными рефлюксами [7]. Появлению хронического кашля и першения в горле способствуют микроаспирация рефлюксата и в меньшей степени – рефлексный механизм. При этом кислый рефлюкс имеется только у 10–20% больных с хроническим кашлем [12] и у около 25% – с хроническим ларингитом [11], ассоциированными с ГЭРБ.

Уникальность патофизиологических механизмов ГЭРБ у лиц пожилого возраста связана, с одной стороны, с увеличением частоты, продолжительности и протяженности контакта слизистой оболочки с кислым желудочным содержимым, с другой – с высокой вероятностью попадания в пищевод щелочного дуоденального содержимого. 24-часовая внутрижелудочная и внутрипищеводная pH-метрия в старшей возрастной группе показала, что среди этих больных число лиц с щелочными рефлюксами было в 4,6 раза больше, чем среди

лиц зрелого возраста, тогда как среди последних доли лиц с $pH < 1,2$ в теле желудка и $< 4,0$ – в дистальном отделе пищевода соответственно в 5,5 и 2,0 раза превышали таковые среди пожилых больных ГЭРБ [2].

Путем формирования механического барьера альгинат натрия (Гевискон) дает вне зависимости от типа рефлюкса универсальный антирефлюксный эффект, препятствующий забросу как кислого желудочного, так и щелочного дуоденального содержимого в пищевод. Кроме того, Гевискон обладает сорбционными свойствами в отношении компонентов желудочного и дуоденального рефлюкса, что позволяет изолировать слизистую дистального отдела пищевода от их агрессивного воздействия.

Действие антацидов связано преимущественно с адсорбцией и нейтрализацией соляной кислоты в просвете желудка и при рефлюксе – в пищеводе. Нами намеренно был выбран препарат с высокими показателями скорости и уровня ошелачивания [1], что выявило его выраженное влияние, но только на типичные симптомы, в наибольшей степени ассоциированные с кислым рефлюксом. Однако и в этом случае результативность Гевискона была на порядок выше, чем у антацидного препарата.

Важная фармакологическая особенность препарата Гевискон – отсутствие системного влияния, тогда как негативные эффекты входящих в состав антацидного препарата алюминия и магния у больных ГЭРБ пожилого возраста в условиях инволютивного снижения интенсивности метаболических процессов и клиренса метаболитов могут усиливаться. Кроме того, повышается и вероятность межлекарственных взаимодействий.

Органолептические свойства препарата положительно оценили пациенты обеих групп. Следует заметить, что в группе приема антацида регистрировалось усиление запоров. На это нежелательное явление указали 6 (20%) пациентов, что,

Таблица 2
Динамика проявлений пищеводных синдромов

Синдром	1. Группа альгината (n=30)	2. Группа антацида (n=30)	P_{1-2}
<i>Изжога</i>			
Исходно:			
абс. (%)	30 (100,0)	30 (100,0)	1,0
выраженность, баллы	3,3±1,0	3,2±0,9	0,68
На 3-й день:			
абс. (%)	3 (10,0)*	9 (30,0)*	0,05
выраженность, баллы	1,5±0,3*	2,6±0,8*	0,0001
На 7-й день:			
абс. (%)	1 (3,4)	6 (20,0)	0,04
выраженность, баллы	1,0±0,3**	1,9±0,8**	0,0001
<i>Отрыжка</i>			
Исходно:			
абс. (%)	30 (100,0)	30 (100,0)	1,0
выраженность, баллы	3,4±0,9	3,4±0,6	1,0
На 3-й день:			
абс. (%)	6 (20,0)*	16 (53,3)	0,01
выраженность, баллы	1,6±0,8*	2,8±0,8*	0,0001
На 7-й день:			
абс. (%)	1 (3,3)**	9 (30,0)***	0,01
выраженность, баллы	0,7±0,3**	1,7±0,9**	0,0001

Примечание. Здесь и в табл. 3: достоверность различий – $p < 0,05$;
* – между исходными величинами и на 3-й день; ** – между величинами на 3-й и 7-й дни; *** – между исходными величинами и на 7-й день.
Выраженность в баллах по 5-балльной шкале Kikert.

Таблица 3
Динамика симптоматики внепищеводных синдромов

Синдром	1. Группа альгината (n=30)	2. Группа антацида (n=30)	P_{1-2}
<i>Хронический кашель</i>			
Исходно:			
абс. (%)	10 (33,3)	9 (30,0)	0,78
выраженность, баллы	3,8±2,3	3,8±2,2	1,0
На 3-й день:			
абс. (%)	3 (10,0)*	9 (30,0)	0,05
выраженность, баллы	1,4±0,9*	2,6±1,8*	0,0001
На 7-й день:			
абс. (%)	2 (6,7)	6 (20,0)	0,13
выраженность, баллы	1,2±0,7	2,5±1,6	0,0001
<i>Першение в горле</i>			
Исходно:			
абс. (%)	9 (30,0)	10 (33,3)	0,78
выраженность, баллы	4,0±2,1	3,9±2,0	0,84
На 3-й день:			
абс. (%)	2 (6,7)*	8 (26,7)	0,04
выраженность, баллы	1,8±1,0*	3,2±1,5	0,0001
На 7-й день:			
абс. (%)	1 (3,3)	5 (16,7)	0,15
выраженность, баллы	1,2±0,4**	2,9±1,2***	0,0001

вероятно, послужило дополнительным фактором, снизившим приверженность пациентов его последующему применению. Намерение и в дальнейшем принимать препарат Гевискон высказали 28 (93,3%) больных, антацидный препарат – 22 (73,3%; $p=0,04$).

Не так давно в России появилась новая форма альгината – Гевискон Двойное Действие (Гевискон ДД). В 10 мл препарата содержится: альгината натрия – 500 мг, карбоната кальция – 325 мг, гидрокарбоната натрия – 213 мг. Гидрокарбонат натрия является источником диоксида углерода, обеспечивающего плавучесть альгинатного рафта, карбонат кальция – источником ионов кальция, соединяющих полимерные цепочки альгината и таким образом повышающих прочность альгинатного рафта. Плотный пенистый слой в условиях повышенного содержания кальция (по сравнению с препаратом Гевискон) еще больше противостоит всем видам рефлюксов. Благодаря изменению солевого состава препарата появилась дополнительная возможность нейтрализовать слой кислоты, образующейся после приема пищи на поверхности содержимого желудка («кислотный карман») [8]. Используя магнитно-резонансную томографию у здоровых добровольцев, R. Sweis и соавт. (2013) действительно визуализировали массы альгината над поверхностью желудочного содержимого в области пищеводно-желудочного перехода, тогда так весь принятый в поспрандиальный период обычный антацидный препарат был обнаружен в дистальном отделе желудка. При этом по данным рН-импедансомониторирования общее количество рефлюксов в группе приема альгинатного препарата было более чем в 2 раза меньше, чем в группе сравнения ($p<0,035$) [14].

О.Б. Янова и соавт. (2013) с помощью суточной рН-метрии сравнили нейтрализующий эффект Гевискона ДД и антацидного препарата Ренни (кальция карбонат – 680 мг, магния гидрокарбонат – 80 мг) в постпрандиальном периоде, а также способность препаратов предотвращать развитие кислых гастроэзофагеальных рефлюксов (ГЭР) после еды. При приеме в режиме монотерапии Гевискон ДД не уступал препарату Ренни в эффективности нейтрализации соляной кислоты в желудке, демонстрируя полноценное антацидное действие. Между тем количество кислых ГЭР в течение 2 сут в группе приема Гевискона ДД уменьшилось с $63,4 \pm 14,2$ до $5,4 \pm 2,7$ ($p<0,05$), тогда как препарат Ренни не препятствовал возникновению кислых ГЭР после еды ($p=0,103$). Гевискон ДД, по мнению авторов, полностью соответствует своему названию, объединяя в себе преимущества альгината и классических антацидных препаратов [3].

Внепищеводные синдромы больше характерны для пожилых больных ГЭРБ, чем для пациентов зрелого возраста (соответственно 58,5 и 24,7% случаев; $p<0,001$). У пожилых они представлены преимущественно (в 67,9% наблюдений) сочетанием ≥ 2 форм, из них чаще – комбинацией бронхопальмональных и оториноларингофарингеальных синдромов. Клинические возможности препарата Гевискон в снижении частоты и сроков купирования пищеводных и внепищеводных синдромов ГЭРБ в старших возрастных группах выше, чем у антацидных препаратов, при лучшей переносимости. Препараты Гевискон и Гевискон ДД могут быть рекомендованы больным ГЭРБ, в том числе пожилого возраста, в качестве эффективного и безопасного симптоматического средства в первые дни курсовой терапии ранними поколениями ИПП, а также в режиме монотерапии для поддержания ремиссии заболевания.

Литература

1. Капралов Н.В., Шоломицкая И.А., Гриншпан Д.Д. и др. Исследование in vitro кислотонейтрализующей эффективности антацидных препаратов // Экспер. и клин. гастроэнтерол. – 2008; 3: 44–8.
2. Онучина Е.В. Клинические проявления, факторы риска и эффективность лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у лиц пожилого возраста. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Красноярск, 2011; с. 45.
3. Янова О.Б., Березина О.И., Ким В.А. Эффективность нового альгинат-антацидного препарата в устранении постпрандиального рефлюкса // Лечащий врач. – 2013; 4: 74–8.
4. Bardan E., Kern M., Arndorfer R. et al. Effect of aging on bolus kinematics during the pharyngeal phase of swallowing // Am. J. Physiol. Gastrointest. Liver Physiol. – 2006; 290: 458–65.
5. El-Serag H., Sweet S., Winchester C. et al. Update on the epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review // Gut. – 2013; Jul 13. Epub. ahead of print.
6. Farrokhi F., Vaezi M. Extra-esophageal manifestations of gastroesophageal reflux // Oral Dis. – 2007; 13: 349–59.
7. Kahrilas P., Sifrim D. High-resolution manometry and impedance-pH/manometry: valuable tools in clinical and investigational esophagology // Gastroenterology. – 2008; 135: 756–69.
8. Kwiatek M., Roman S., Fareeduddin A. et al. An alginate-antacid formulation (Gaviscon Double Action Liquid) can eliminate or displace the postprandial 'acid pocket' in symptomatic GERD patients // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2011; 34: 59–66.
9. Lien H., Chang C., Yeh H. et al. Increasing prevalence of erosive esophagitis among Taiwanese aged 40 years and above: a comparison between two time periods // J. Clin. Gastroenterol. – 2009; 43: 926–32.
10. Lundell L., Dent J., Bennet J. Endoscopic assessment of oesophagitis clinical and functional correlates and further validation of Los Angeles classification // Gut. – 1999; 45: 72–180.
11. Qua C., Wong C., Gopala K. et al. Gastro-oesophageal reflux disease in chronic laryngitis: prevalence and response to acid-suppressive therapy // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2007; 25: 287–95.
12. Richter J. The many manifestations of gastroesophageal reflux disease: presentation, evaluation, and treatment // Gastroenterol. Clin. North. Am. – 2007; 36: 577–99.
13. Spechler S., Sharma P., Souza R. et al. American Gastroenterological Association technical review on the management of Barrett's esophagus // Gastroenterology. – 2011; 140: 18–52.
14. Sweis R., Kaufman E., Anggiansah A. et al. Post-prandial reflux suppression by a raft-forming alginate (Gaviscon Advance) compared to a simple antacid documented by magnetic resonance imaging and pH-impedance monitoring: mechanistic assessment in healthy volunteers and randomised, controlled, double-blind study in reflux patients // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2013; 37: 1093–102.
15. Vakil N., van Zanten S., Kahrilas P. et al. The Montreal Definition and Classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus // Am. J. Gastroenterology. – 2006; 101: 1900–20.

EXTRAESOPHAGEAL MANIFESTATIONS AND THEIR EARLY SYMPTOMATIC THERAPY IN ELDERLY PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

E. Onuchina¹, MD; S. Brikova²; Professor V. Tsukanov³, MD

¹Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education

²War Veterans Hospital, Irkutsk

³Research Institute of Medical Problems of the North, Siberian Branch, Russian Academy of Medical Sciences, Krasnoyarsk

Extraesophageal syndromes are more characteristic for elderly patients with gastroesophageal reflux disease than for maturity-age patients (58.5 and 24.7% of cases, respectively; $p<0.001$) and present mainly in the elderly (67.9%) with the concurrence of 2 more or forms, more commonly with a combination of bronchopulmonary and otorhinolaryngopharyngeal syndromes. The abilities of sodium alginate to reduce the rate of the latter and its relief time with the better tolerability are higher than in antacids.

Key words: gastroesophageal reflux disease, elderly age, sodium alginate, Gaviscon, Gaviscon-double action, antacids.