



А.Б. Тверетинов,
Э.Ю. Фролова-Романюк, И.Э. Кушнир
ГУ «Институт терапии имени Л.Т. Малой
АМН Украины», Харьков

Синдром взаимного отягощения: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь в сочетании с ишемической болезнью сердца

Ключевые слова

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, синдром взаимного отягощения.

В структуре общей заболеваемости болезни органов пищеварения занимают одну из ведущих позиций, что делает их значимой экономической, социальной и медицинской проблемой. Результаты эпидемиологических исследований последних лет свидетельствуют об изменении структуры основных заболеваний верхнего отдела пищеварительного тракта: снижается частота язвенной болезни и увеличивается частота гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). В настоящее время ГЭРБ признана лидирующим по частоте заболеванием в гастроэнтерологии.

В последние годы все большее внимание уделяется «внепищеводным» проявлениям ГЭРБ, в том числе кардиальным. Кардиальные проявления ГЭРБ представляют большой интерес как с научной, так и с практической точки зрения. Они могут быть в виде болей в груди, не связанных с ишемической болезнью сердца (ИБС) (так называемые некардиальные боли в груди — *noncardiac chest pain*) и нарушениями ритма и проводимости сердца. На основании анализа результатов клинических исследований можно предположить, что ГЭРБ является второй по частоте (после ИБС) причиной болей в груди, хотя реальная их частота не известна. Такие боли в груди требуют дифференциальной диагностики с ИБС с использованием затратных и инвазивных технологий. Так, ежегодно 600 тыс. американцам проводят коронарную ангиографию по поводу загрудинных болей, при этом у 10–30 % обследо-

ванных не обнаруживают значимых изменений. Сходные данные (30 %) приводят и российские авторы (В. А. Кузнецов и соавт., 2003).

Ретростеральная боль всегда вызывает повышенную настороженность и, в соответствии со сформировавшимся стереотипом, расценивается как стенокардитическая. Как показывают многочисленные исследования, эти боли почти у трети пациентов имеют не кардиальное происхождение, а связаны с патологией пищевода, в подавляющем большинстве — с ГЭРБ. Более чем в 50 % случаев у пациентов с некоронарогенными болями обнаруживаются характерные признаки ГЭРБ (по данным мониторинга рН и эндоскопии пищевода). Дифференцирование истинно кардиальных и псевдокардиальных (обусловленных ГЭРБ) болей представляет определенную сложность.

Своевременная диагностика пищеводной причины болей в груди имеет как экономический, так и социальный аспект. В ряде случаев диагностику ГЭРБ осуществляют исключительно на основании верхней эндоскопии. Это необоснованно, поскольку в 60 % случаев ГЭРБ представлена эндоскопически негативным вариантом (когда эндоскопист описывает нормальный пищевод, хотя рефлюкс может быть очень выраженным), но именно при этом варианте чаще наблюдается атипичная (в том числе кардиальная) симптоматика, существенно нарушающая качество жизни больных. У людей пожилого воз-

раста ГЭРБ может сочетаться с ИБС (частота сочетаний и сопутствующих условий требует специального изучения).

При внепищеводных проявлениях ГЭРБ могут наблюдаться приступы боли за грудиной. В ночное время может возникать боль жгучего характера (при этом необходимо принять вертикальное положение), частично она уменьшается после приема нитроглицерина (только в вертикальном положении). Кроме того, гастроэзофагеальный рефлюкс может провоцироваться физической нагрузкой, наклонами туловища, приемом пищи. Часто приступы ГЭРБ клинически проявляются болью давящего характера, которая возникает при физической нагрузке и прекращается в состоянии покоя. Сопоставление данных о распространенности ИБС с признаками стенокардии и ГЭРБ позволило выявить случаи частого сочетания этих нозологий, особенно среди пациентов среднего и пожилого возраста.

Множественность сопутствующих заболеваний — важная особенность современного «кардиологического» больного [1, 2, 5]. В основе синдрома, или закономерно частых сочетаний определенных заболеваний, лежит общность их факторов риска и механизмов развития [3, 4]. Хорошо известны сочетания (ИБС) и сахарного диабета, ИБС и артериальной гипертензии, ИБС и эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны [1, 5]. Частой клинической ситуацией является сочетание ИБС и ГЭРБ. Распространенность данных нозологических форм сопоставима, при этом установлено, что 35 % больных ИБС имеют поражение эзофагогастральной области [3]. Патологический гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР) может запускать каскад патогенетических механизмов, инициирующих дестабилизацию коронарного кровотока, ишемию миокарда, нарушение сердечного ритма [4, 5].

При «отрицательных» ЭКГ-данных велоэргометрии большое значение имеет причина прекращения нагрузки. Если проба прекращена из-за развившегося приступа, который подпадает под вышеприведенную характеристику стенокардии, то пробу трактуют как «положительную по клиническим признакам», хотя положение тела больного при проведении велоэргометрии, напряжение брюшной стенки может провоцировать гастроэзофагеальный рефлюкс, ощущение изжоги и загрудинных болей.

При верификации ИБС врачами общей практики наличие боли за грудиной чаще трактуется только как проявление стенокардии и больно, как правило, необоснованно назначают массивную антиангинальную терапию. Исходя из статистических данных о распространенности ГЭРБ,

можно предположить, что как минимум у 60 % больных ИБС имеется сопутствующая патология. Принимая во внимание, что при ИБС пациенты принимают такие препараты как нитраты, антагонисты кальция, «Аспирин», ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, селективные бета-блокаторы, приводящие к расслаблению нижнего пищеводного сфинктера, имеются и медикаментозные причины возникновения ГЭРБ при ИБС. В этом случае выделение пищеводного компонента боли и его правильная коррекция облегчают течение ИБС и, соответственно, качество жизни больных. Несмотря на то, что за последние 20 лет значительно увеличилось количество работ, посвященных ГЭРБ, исследований «кардиальных» проявлений ГЭРБ проведено мало, а изучению сочетанной патологии ГЭРБ и ИБС не уделяется должного внимания.

Материалы и методы исследования

В Институте терапии имени Л.Т. Малой АМН Украины было обследовано 61 больного в возрасте 40–65 лет (средний возраст $49,4 \pm 2,6$ года) с эндоскопически позитивной ГЭРБ с рефлюкс-эзофагитом А-С степени, верифицированным диагнозом ИБС.

Критерии включения в исследование: ИБС (перенесенный Q-позитивный инфаркт миокарда в анамнезе) и эндоскопически позитивная ГЭРБ. Критерии исключения: явные нарушения ритма или проводимости (мерцательная аритмия, пароксизмальные формы тахикардий, частая экстрасистолия, наличие искусственного водителя ритма и др.), острый инфаркт миокарда в течение последних двух месяцев и некоронарогенные формы поражения миокарда, пороки сердца, эндоскопически негативная ГЭРБ, рефлюкс-эзофагит D степени (пищевод Барретта и рубцовое сужение пищевода), злокачественные новообразования, обострение сопутствующих заболеваний. До начала исследования все пациенты были информированы о его целях и задачах, конфиденциальности полученной информации. Получено добровольное согласие пациентов на проведение исследования.

Клинико-инструментальные методы исследования включали: сбор анамнестических данных, анкетирование с использованием специально разработанного нами опросника, оценку физического статуса, лабораторные исследования (показатели липидного спектра крови, показатели свертывающей системы крови), регистрацию ЭКГ в 12 отведениях, видеоэзофагогастродуоденоскопию, одновременное суточное мониторирование рН и ЭКГ.

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

По результатам клинко-инструментального обследования все пациенты были распределены в две группы: 1-я — больные с изолированно протекающей ГЭРБ (30 человек), 2-я — больные с сочетанием ГЭРБ и ИБС (31).

Результаты и их обсуждение

Анализ жалоб, предъявляемых пациентами, показал, что в клинике ГЭРБ с кардиальным синдромом встречаются как типичные проявления ГЭРБ (изжога, отрыжка, ноющие боли в подложечной области), так и атипичные кардиальные симптомы (боли за грудиной и в области сердца, ощущение перебоев в работе сердца и сердцебиение) (табл. 1). При тщательном расспросе у большинства пациентов (85,2 %) выявлена связь этих проявлений с факторами, провоцирующими ГЭР (прием пищи, горизонтальное положение тела, курение).

ГЭРБ в сочетании с ИБС характеризуется более выраженной клинической симптоматикой, чем ГЭРБ без ИБС. Очевидно, это связано со значительно более длительным анамнезом ГЭРБ во 2-й группе.

Изжога у больных ГЭРБ с сопутствующей ИБС была распространена с такой же частотой, как и у пациентов с ГЭРБ, однако у большинства больных носила не периодический, а практически постоянный характер, усиливаясь после приема пищи и в положении лежа на спине. Значительно чаще во 2-й группе по сравнению с 1-й встречалась отрыжка.

По данным видеоэзофагогастроуденоскопии в 1-й группе у 16 (53,3 %) больных диагностиро-

ван рефлюкс-эзофагит В степени, у 11 (36,6 %) — А степени и у 3 (10,0 %) — рефлюкс-эзофагит С степени. Во 2-й — соответственно у 11 (35,5 %), у 16 (51,6 %) и у 4 (12,9 %).

Были проанализированы результаты 24-часовой интрагастральной рН-метрии у 5 больных с изолированно протекающей ГЭРБ и у 6 — с сочетанием ГЭРБ и ИБС.

Базальный уровень рН, зарегистрированный в теле желудка, у больных из 2-й группы был выше, чем в 1-й — в среднем $3,2 \pm 1,4$ и $2,3 \pm 0,9$ соответственно, что, очевидно, связано с различиями в возрасте между пациентами этих групп и отражает тенденцию к гипоацидности у пациентов старшего возраста с наличием атеросклеротических изменений стенок сосудов. У больных 2-й группы по сравнению с первой были выявлены достоверно худшие значения показателей рН-грамм пищевода, а именно процент времени с $\text{pH} < 4$ в положении лежа и количество рефлюксов длительностью более 5 мин (табл. 2), что свидетельствует о более тяжелом течении ГЭРБ в этой группе.

Дифференциальная диагностика повторяющейся боли в груди является одной из наиболее ответственных клинических задач. У лиц молодого возраста при ГЭРБ, протекающей с кардиальным синдромом, нередко возникают нарушения ритма сердца и боли в груди, имитирующие кардиальные. Для дифференциальной диагностики эзофагогенных и собственно кардиальных симптомов целесообразно проводить одновременно суточное рН- и ЭКГ-мониторирование.

Таблица 1. Распределение исследуемых больных в зависимости от вида жалоб

Жалоба	1-я группа (ГЭРБ; n = 30)	2-я группа (ГЭРБ + ИБС; n = 31)
Боль за грудиной:		
давящая	—	23 (74,2 %)
жгучая	4 (13,3 %)	19 (61,3 %)
сжимающая	3 (10,0 %)	12 (38,7 %)
Ощущения в области сердца:		
колющие боли	—	30 (96,8 %)
дискомфорт	4 (13,3 %)	31 (100,0 %)
Одышка	—	30 (96,8 %)
Перебои и сердцебиение	—	11 (35,5 %)
Изжога	30 (100,0 %)	29 (93,5 %)
Боли в эпигастрии	16 (53,3 %)	9 (29,0 %)
Отрыжка:		
воздухом	18 (60,0 %)	29 (93,5 %)
кислая	11 (36,6 %)	26 (83,9 %)
горькая	2 (6,6 %)	10 (32,3 %)
пищей	1 (3,3 %)	4 (12,9 %)
Тошнота	4 (13,3 %)	4 (12,9 %)

Таблиця 2. Показатели суточной рН-метрии ($M \pm m$) при изолированно протекающей ГЭРБ и при сочетании ГЭРБ и ИБС с использованием критерия Манна – Уитни

Группа	Время с рН < 4, %	Время с рН < 4 в положении стоя, %	Время с рН < 4 в положении лежа, %	Количество рефлюксов при рН < 4	Количество рефлюксов более 5 мин	Самый длительный рефлюкс
ГЭРБ (n = 5)	6,8 ± 3,4	8,1 ± 3,3	3,7 ± 0,4	45,2 ± 5,1	3,2 ± 1,5	16 мин 12 с
ГЭРБ + ИБС (n = 6)	9,3 ± 6,1	9,4 ± 6,7	7,23 ± 2,9*	44,3 ± 15,5	6,0 ± 2,0*	21 мин 30 с

Примечание. * При уровне значимости $p < 0,05$.

Нами было проведено одновременное суточное мониторирование рН и ЭКГ у пациентки Т, 56 лет, с сочетанием ГЭРБ и ИБС (стабильная стенокардия III функционального класса).

При сопоставлении данных дневника этой пациентки с суточной рН-граммой пищевода и данными суточного мониторирования ЭКГ было выявлено: жжение за грудиной и горькие отрыжки, возникающие после приема пищи, практически совпадали по времени с эпизодами учащения желудочковой и наджелудочковой экстрасистолии и сопровождались ГЭР. На это же время приходились ишемические изменения ST-T. Эпизоды жжения за грудиной совпали по времени с ГЭР в 64 % случаев, в остальных случаях смещение сегмента ST-T более 1 мм не сопровождалось изменениями на рН-грамме. Был сделан вывод о сочетании у данной пациентки ГЭРБ и ИБС. Назначение ингибитора протонной помпы рабепразола в дозе 20 мг 1 раз в сутки и прокинетики мотилаксона в дозе 5 мг 3 раза в сутки (на фоне основного лечения бета-блокаторами и нитратами пролонгированного действия) способствовало улучшению клинического течения ИБС, снижению частоты приступов загрудинных болей, потребности в нитратах.

Сопоставление данных дневника пациента Ю., 32 лет, с суточной рН-граммой пищевода показало, что большинство эпизодов сжимающих болей за грудиной возникло на фоне рН ниже 4,0. При суточном мониторировании ЭКГ не выявлено каких-либо патологических изменений.

Сделан вывод об эзофагогенном происхождении болей в груди у данного больного.

Выводы

В клинической картине ГЭРБ имеют место как типичные проявления ГЭРБ (изжога, отрыжка, ноющие боли в подложечной области), так и атипичные — кардиальные симптомы (боли за грудиной и в области сердца, ощущение перебоев в работе сердца и сердцебиение), обусловленные внешними факторами, провоцирующими ГЭР (прием пищи, горизонтальное положение тела, курение).

В случае сочетания ГЭРБ с ИБС ГЭРБ имеет более тяжелое течение, чем у больных без сопутствующего атеросклероза, что подтверждается данными суточных рН-грамм пищевода.

Таким образом, синдром взаимного отягощения при сочетании гастроэзофагеальной рефлюксной болезни с ишемической болезнью сердца обусловлен тем, что патологический гастроэзофагеальный рефлюкс запускает ряд патогенетических механизмов, инициирующих дестабилизацию коронарного кровотока, ишемию миокарда, нарушения сердечного ритма.

Врачу общей практики необходимо помнить о том, что боли в груди могут быть проявлением ГЭРБ, что требует проведения дифференциальной диагностики с ишемической болезнью сердца, особенно у лиц пожилого возраста, а также и сочетания ИБС с ГЭРБ и утяжелять течение как основного, так и сопутствующего заболевания.

Список литературы

1. Бабак О. Я., Волков В. И., Фадеев Г. Д., Ладный А. И. Дифференциальный диагноз кардиалгий у терапевтической практики. Метод рекомендаций. — Харьков, 2006.
2. Всемирный конгресс гастроэнтерологов (Монреаль, 10–14 сентября 2005 г. // Сучасна гастроентерол.— 2005.— № 5.— С. 91–94.
3. Провоторов В.М., Шушпанова М.М. Кардиальный синдром при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Журн. теорет. и практ. мед.— 2005.— Т. 3, № 1.— С. 29–33.
4. Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary (ESK Guidelines) // Eur. Heart J.— 2006.— Vol. 27.— P. 1341–1381.
5. Moayyedi P., Talley N. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь // Therapia.— 2007.— № 2.— С. 5–25.



ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

О.Б. Тверетинов, Е.Ю. Фролова-Романюк, І.Е. Кушнір
**Синдром взаємного обтяження:
гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба
у поєднанні з ішемічною хворобою серця**

Описано механізми виникнення та вияви у разі поєднання гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби з ішемічною хворобою серця. Наголошено на необхідності проведення диференційної діагностики при виникненні болю за грудниною між позастравохідними проявами гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби та стенокардією. Приведені результати вивчення виявів гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби при поєднанні її з ішемічною хворобою серця.

A.B. Tveretinov, E.U. Frolova-Romanjuk, I.E. Kushnir
**The syndrome of mutual burdening:
gastroesophageal reflux disease
in combination with ischemic heart disease**

The article describes the basic mechanisms of the onset and mutual burdening of GERD and ischemic heart disease. The necessity has been outlined for the differential diagnosis for GERD and angina pectoris in the case of chest pain onset. The results of own investigations of manifestations of GERB at combination with ischemic heart disease have been presented.

Контактна інформація

Тверетинов Олександр Борисович, к. мед. н., заст. директора з лікувальної роботи Інституту терапії ім. Л.Т. Малої 61039, м. Харків, вул. Постишева, 2-а

Стаття надійшла до редакції 18 грудня 2008 р.

