

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА И ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

А. Шилов, доктор медицинских наук, профессор,
М. Мельник, доктор медицинских наук, профессор,
А. Осия, кандидат медицинских наук, **Д. Грязнов**
 ММА им. И.М. Сеченова
 E-mail: melnik.m.v@gmail.com

Представлены собственные данные и данные литературы о частоте сочетания ишемической болезни сердца (ИБС) и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Рассмотрены патофизиологические механизмы возникновения симптоматики сочетанной патологии, принципы дифференциальной диагностики и лечения ИБС и ГЭРБ с включением в схему терапии альгинатов.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, рефлюкс-эзофагит, Гевискон, ингибиторы протонной помпы.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) в последние десятилетия прочно занимает одно из ведущих мест в структуре обращаемости, инвалидизации и смертности при сердечно-сосудистых заболеваниях (ССЗ). В развитых странах Европы и Северной Америки на 1 млн населения приходится 30–40 тыс. больных ИБС. По данным обследования Российской национальной выборки, распространенность стенокардии среди мужчин – 6,3%, среди женщин – 7,0%. По данным Фремингемского исследования, в 40,7% случаев стенокардия напряжения является первым проявлением ИБС у мужчин и в 56,5% наблюдений – у женщин.

ИБС – один из основных факторов риска внезапной сердечной смерти, и на ее долю приходится 2/3 случаев внезапной смерти при ССЗ. Продолжительность жизни мужчин с типичной стенокардией на 8 лет меньше, чем у их сверстников, не имеющих болей в грудной клетке. В России у мужчин 35–64 лет летальность от ИБС составляет 56,6% от общего числа смертей при ССЗ, у женщин того же возраста – 40,4%. Следует признать, что только 40–50% всех больных стенокардией знают о наличии у них болезни и получают соответствующую терапию.

ИБС, характеризующаяся несоответствием доставки кислорода коронарным кровотоком уровню его потребления миокардом, чаще всего является следствием коронарной болезни сердца, которая имеет периоды стабильного течения и обострения. Клинически ИБС проявляется болями в области сердца или неприятными ощущениями за грудиной, эквивалентами которых могут быть изжоги.

По результатам медико-статистических исследований, представленных ВОЗ, в мире пока не наблюдается тенденции к снижению смертности от ССЗ, в частности от ИБС, что определяет актуальность целенаправленного изучения патофизиологических аспектов этой патологии и методов противостояния ей. Если же ССЗ развиваются

на соматически отягощенном фоне, это вызывает дополнительные сложности как с их диагностикой, так и с тактикой ведения больных независимо от их возраста [7].

Для современного больного характерна полиморбидность (независимое сочетание разных болезней), причем сочетание гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) с другими видами патологии встречается довольно часто. Сопутствующие заболевания могут влиять на течение друг друга и клинические проявления (принцип суперпозиции), что затрудняет диагностику и подбор адекватного комплексного лечения.

ГЭРБ – заболевание, сопровождающееся развитием характерных симптомов поражения дистальной части пищевода вследствие повторяющегося заброса в пищевод желудочного содержимого (кислоты, пепсина, желчной кислоты). Многочисленные эпидемиологические исследования последних десятилетий свидетельствуют о том, что распространенность ГЭРБ растет: в странах Северной Америки и Западной Европы она составляет 10–20%, в странах Азии достигает 7%, в России (исследование МЭГРЕ) – 13,3%. В Москве ГЭРБ регистрируется в 23,6% случаев. Официально ГЭРБ признана самостоятельным заболеванием в октябре 1997 г. (Генваль, Бельгия) [1–6].

Ингибирование активности секреции слизистой желудка – одна из ключевых задач терапии так называемых кислотозависимых состояний (ГЭРБ, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки). С этой целью назначают альгинаты (препараты альгиновой кислоты), антацидные препараты, нейтрализующие кислоту в полости желудка, и антисекреторные – блокирующие продукцию соляной кислоты (ингибиторы протонной помпы – ИПП). Типичные симптомы ГЭРБ: изжога, кислая отрыжка – регургитация, дисфагия, ретростеральная боль за грудиной.

Изжога – следствие заброса содержимого желудка в пищевод (гастроэзофагеальный рефлюкс) – один из наиболее характерных симптомов ГЭРБ. Изжога встречается у 46–80% беременных. У 12–16% пациентов с изжогой наблюдается рефлюкс-эзофагит (РЭ). Жалобы рефлюксного характера предъявляют 61,7% мужчин и 63,6% женщин, причем соответственно 10,3 и 15,1% – часто и постоянно. У 10% пациентов с РЭ развивается пищевод Баррета с исходом в 10% случаев в аденокарциному.

Изжога – один из наиболее частых в популяции симптомов. По данным эпидемиологических исследований последних десятилетий, на изжогу той или иной интенсивности жалуются значительная часть опрошенных. Многоцентровое исследование АРИАДНА выявило ее у 59,7% респондентов, причем частую (2–3 раза в неделю) – у 22,7%. В исследовании отмечено, что больные и практические врачи недооценивают сам факт ее наличия и значение изжоги. В Московском эпидемиологическом исследовании показано, что только 23% из испытывающих частую изжогу обращались к врачу; подобная тенденция отмечена и в исследовании МЭГРЕ (29,3%).

Врачи недостаточно осведомлены об изжоге и заболеваниях, симптомом которых она является, недооценивают ее последствия и нерационально проводят лечение. Изжога наряду с ГЭРБ может быть симптомом первичного (ахалазия кардии, «пищевод щелкунчика») или вторичного поражения пищевода (следствие системных заболеваний: склеродермии, системной красной волчанки, ревматоидного артрита, сахарного диабета, которые в свою очередь

являются факторами риска развития ССЗ). Подозрение на такую патологию диктует необходимость дифференциальной диагностики, лечения и определения профилактических мероприятий.

Последними международными рекомендациями (Монреальский консенсус, 2006) ГЭРБ предложено рассматривать как самостоятельное заболевание, при котором рефлюкс содержимого желудка вызывает беспокоящие больного симптомы, осложнения и обострения сопутствующих заболеваний, в частности ИБС.

Патофизиология ГЭРБ полиэтиологична и в большинстве случаев является следствием повышенного давления в брюшной полости, превышающего давление в грудной клетке, и(или) функциональной несостоятельности нижнего сфинктера пищевода, способствующей забросу кислого содержимого желудка в дистальные отделы пищевода и снижению в нем pH с развитием изжоги (рис. 1).

Изжогой обычно называют ощущение жжения за грудиной. Однако такое определение затрудняет дифференциальную диагностику изжоги, например, с болью при стенокардии, которую больные ИБС часто ассоциируют с чувством жжения за грудиной. Еще в 1997 г. в Генвальском соглашении рекомендовалось, говоря об изжоге, указывать на характер распространения жжения: «по ощущениям – поднимающееся из желудка или нижней трети грудины вверх к шее». Если пациент так характеризует свои ощущения,

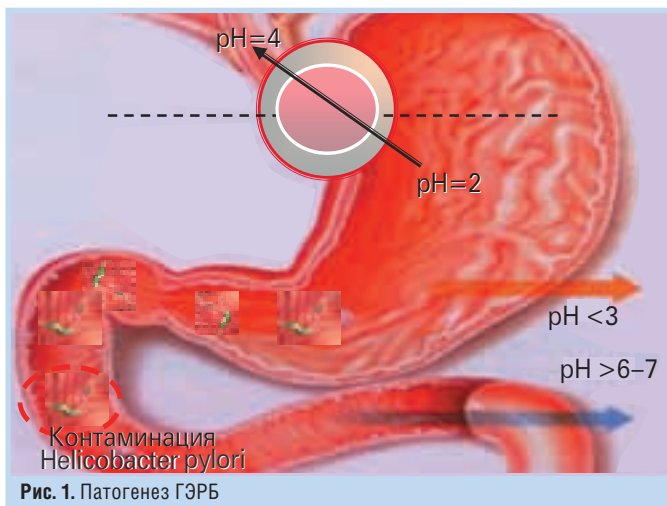


Рис. 1. Патогенез ГЭРБ

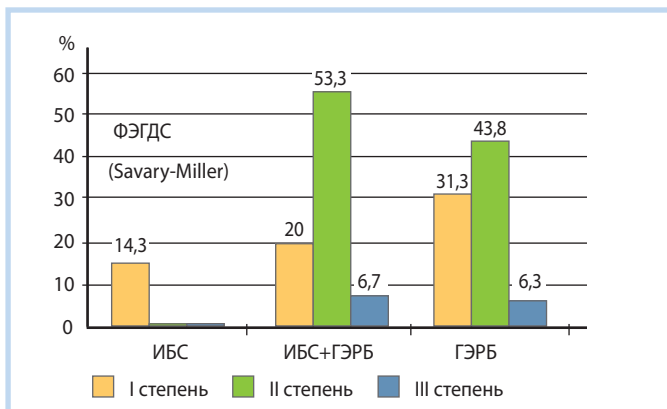


Рис. 2. Характер изменений слизистой пищевода в зависимости от вида патологии

диагностическая чувствительность симптома ГЭРБ повышается до 92%, а специфичность – до 19%.

Научное общество гастроэнтерологов России (НОГР) с учетом Генвальских и Монреальских рекомендаций и традиций отечественной школы приняло на 7-м съезде НОГР (2007) следующее определение изжоги: «Изжога – чувство жжения за грудиной и(или) «под ложечкой», распространяющееся снизу вверх, индивидуально возникающее в положении сидя, лежа или при наклоне туловища вперед, иногда сопровождающееся ощущением кислоты или горечи в глотке и во рту, нередко связанное с чувством перенаполнения в эпигастрии, возникающее натощак или после употребления какого-либо вида твердых или жидких пищевых продуктов, алкогольных и неалкогольных напитков или акта табакокурения» [2, 8].

У больных ГЭРБ изжога как ведущий симптом имеет место в 83% наблюдений. Эквиваленты изжоги:

- кислые и горькие отрыжки – у 52% больных;
- избыточная саливация во время сна («симптом мокрой подушки»);
- дисфагия – у 19%;
- одинофагия – чувство «кома» в горле;
- боли в ухе и челюсти;
- боль в проекции мечевидного отростка после еды.

Наряду с изжогой наиболее диагностически значимым и характерным симптомом ГЭРБ вне зависимости от длительности и частоты является регургитация – «попадание содержимого желудка вследствие рефлюкса в ротовую полость или нижнюю часть глотки» (Монреальское соглашение, 2006).

Как указывалось выше, эпидемиологические исследования, проведенные в России, констатируют высокую распространенность ГЭРБ, клиническими проявлениями которой, помимо изжоги и регургитации, являются загрудинные боли разной степени распространенности и интенсивности. Общность иннервации органов средостения – пищевода и сердца – объясняет сходство в характере загрудинных болей при ИБС и ГЭРБ. Торакалгия относится к числу самых распространенных жалоб, с которыми сталкиваются в повседневной практике врачи первичного звена. На долю кардиальных проявлений ГЭРБ приходится 20–60% случаев. В последние годы увеличилось число больных с сочетанием ИБС и ГЭРБ: до 40% больных ИБС имеют поражения гастроэзофагеальной зоны, а у 62,7% гастроэнтерологических больных выявляются ССЗ, среди которых ИБС занимает ведущее место.

Диагностику ИБС затрудняет и то, что у до 30% пациентов с жалобами на боли в области сердца коронарные артерии не изменены. В таких случаях, чтобы определить источник болей или выявить патологию пищевода, необходимо дополнительное обследование.

Таким образом, все вышеизложенное (высокая распространенность как изолированно протекающих форм ИБС и ГЭРБ, так и их сочетания, трудности дифференциальной диагностики болевого синдрома за грудиной) явилось поводом к проведению данного исследования.

Нами обследовано 45 больных в возрасте от 45 до 70 лет, составивших 3 группы: 1-я – 14 пациентов с изолированной ИБС (средний возраст – 64,6 ± 2,1 года); 2-я – 15 больных с сочетанной патологией ИБС и ГЭРБ (средний возраст – 62,8 ± 2,8 года); 3-я – 16 больных с изолированной ГЭРБ (средний возраст – 51,3 ± 1,4 года). У больных 1-й группы от-

мечались ангинозные приступы с тенденцией к прогрессированию в течение 24 ч, типичными изменениями на ЭКГ и предшествующим анамнезом стенокардии; у больных 2-й группы болевой синдром был обусловлен ИБС и ГЭРБ и сочетался с изжогой и жалобами, характерными для РЭ; больные 3-й группы характеризовались дискомфортом за грудиной и болями в области сердца, обусловленными ГЭРБ.

Для констатации диагноза у всех больных тщательно оценивали жалобы, анамнез, данные суточного мониторирования и регистрации ЭКГ в 12 стандартных отведениях; в целях дифференциальной диагностики и оценки эффективности лечения у 32 больных (6 – с ИБС, 12 – с сочетанной патологией: ИБС+ГЭРБ и 14 – с изолированной ГЭРБ) выполняли внутрипищеводную 24-часовую рН-метрию на аппарате «Гастроскан-24» («Исток-Система», Россия). Одновременно у этих же больных для дифференцирования патологии и подтверждения диагноза выполняли фиброэзофагогастродуоденоскопию (ФЭГДС) с помощью фиброэндоскопов «Олимп» (Япония). Степень поражения слизистой пищевода по данным ФЭГДС оценивали по классификации РЭ (Savary–Miller в модификации Carisson – табл. 1).

Все больные на фоне специфического лечения основного заболевания получали симптоматическую терапию РЭ (Гевискон форте – 10 мл после еды: 3 раза в день + на ночь в течение 12 дней).

Динамику жалоб и качество жизни до и после лечения оценивали в баллах по опроснику GSRS.

При анализе ЭКГ нарушения ритма сердечной деятельности были выявлены: в 1-й группе – у 57,1% пациентов, во 2-й – у 78%, в 3-й – у 31,3%.

Результаты рН-метрии пищевода представлены в табл. 2. В группе пациентов с сочетанной патологией – ИБС+ГЭРБ – выявлены более выраженные нарушения кислотного баланса в дистальных отделах пищевода. Увеличение длительности кислотного рефлюкса способствовало более выраженному изменению (по данным ФЭГДС) слизистой дистального отдела пищевода при ассоциированной патологии: в 1-й группе только у 2 (14,3%) пациентов определялась I степень повреждения слизистой оболочки пищевода; во 2-й группе: у 20% – I степень, у 53,3% – II, у 6,7% – III, в 3-й группе – соответственно у 31,3; 43,8 и 6,3% – рис. 2.

После специфического и симптоматического (Гевискон) лечения при оценке качества жизни в баллах (опросник GSRS) отмечена выраженная положительная динамика: в целом по группе количество жалоб уменьшилось более чем на 50%.

Субъективная положительная динамика подтверждена и объективными данными ФЭГДС: в 35,3% случаев состояние слизистой оболочки пищевода нормализовалось, у 41,2% больных 2-й и 3-й групп деструктивно-воспалительные изменения (эрозии) трансформировались в картину катарального эзофагита (I степень).

В табл. 3 приведена динамика показателей 24-часовой рН-метрии пищевода, свидетельствующая о том, что Гевискон дает выраженный антирефлюксный эффект при ГЭРБ: общая длительность периода с рН <4,0 уменьшилась на 62,5%, количество рефлюксов снизилось на 60,8% и их длительность сократилась на 51,9%.

При суточном мониторировании ЭКГ на фоне основного и симптоматического лечения (Гевискон) также от-

мечена положительная динамика сердечного ритма: ритм нормализовался в 1-й группе (ИБС) у 68,9% пациентов, во 2-й (ИБС+ГЭРБ) – у 79,8%, в 3-й (ГЭРБ) – у 71,2%. Купирование симптома рефлюксного поступления кислотного содержимого желудка в пищевод (изжога) происходило в первые 5 мин от момента приема Гевискона, длительность терапевтического эффекта в среднем колебалась от 4 до 5 ч.

Таблица 1

Классификация степени повреждения слизистой оболочки пищевода по Savary–Miller в модификации Carisson

| Степень тяжести | Характеристика изменений |
|-----------------|--|
| 0 | Признаки РЭ отсутствуют |
| I | 1 или более отдельных линейных повреждений (эрозий) слизистой оболочки с эритемой, часто покрытых экссудатом и занимающих менее 10% окружности дистального отдела пищевода |
| II | Сливные эрозивные повреждения слизистой оболочки, занимающие 10–50% окружности дистального отдела пищевода |
| III | Множественные эрозивные повреждения, занимающие практически всю окружность дистального отдела пищевода |
| IV | Осложненные формы РЭ: язва, стриктура, пищевод Баррета |

Таблица 2

Данные внутрипищеводной 24-часовой рН-метрии до лечения (M±m)

| Показатель | Группа | | |
|---------------------------------------|----------|----------|----------|
| | ИБС | ИБС+ГЭРБ | ГЭРБ |
| Общая длительность периода с рН <4, % | 1,7±0,7 | 13,1±1,7 | 8,1±2,3 |
| рН <4 стоя, % | 3,3±0,9 | 14,3±3,2 | 9,8±1,7 |
| рН <4 лежа, % | 1,3±0,3 | 11,2±2,9 | 5,1±1,1 |
| Число рефлюксов с рН <4 | 22,1±2,2 | 67,8±9,8 | 56,2±4,3 |
| Число рефлюксов с рН >5 | 0,9±0,2 | 5,8±1,1 | 3,6±1,2 |
| Самый длительный рефлюкс | 7,7±1,1 | 39,1±9,7 | 31,6±8,7 |

Таблица 3

Результаты лечения по данным внутрипищеводной 24-часовой рН-метрии (M±m)

| Показатель | Период | |
|---------------------------------------|------------|-------------------|
| | до лечения | после лечения |
| Общая длительность периода с рН <4, % | 10,4±2,8 | 3,9±1,1 (-62,5%) |
| Число рефлюксов с рН <4 | 61,7±7,6 | 24,2±3,8 (-60,8%) |
| Число рефлюксов с рН >5 | 4,6±1,1 | 1,6±0,4 (-65,2%) |
| Самый длительный рефлюкс | 35,1±9,2 | 16,9±2,3 (-51,9%) |



Рис. 3. Механизм действия альгинатов при ГЭРБ

Таким образом, представленные данные обследования и лечения больных и анализ результатов научных медицинских публикаций свидетельствуют о том, что сочетание ИБС и ГЭРБ проявляется синдромом взаимного отягощения: нарушения ритма сердечной деятельности имеют место в 80% случаев, повышенная длительность кислотной экспозиции регистрируется практически в 90% наблюдений, что значительно снижает качество жизни.

Современная стратегия лечения сочетанных заболеваний направлена на улучшение качества и прогноза жизни. Длительность терапии определяется индивидуально — при наличии внепищеводных клинических проявлений ГЭРБ антирефлюксные мероприятия должны быть более агрессивными и продолжительными. В контроле симптомов и лечении осложнений наиболее эффективны ИПП, но они не обеспечивают быстро купирования симптомов. Их первый прием полностью купирует изжогу лишь в 30% случаев, причем у большинства больных с сочетанной патологией выраженность изжоги и дискомфорта за грудиной в течение первых 2 дней лечения не снижается в связи с коротким периодом полураспада ИПП [1, 5, 6, 8].

В терапии ГЭРБ очень хорошо зарекомендовал себя препарат Гевискон — один из наиболее часто используемых в настоящее время альгинатных препаратов. Гевискон эффективно снижает частоту и длительность симптомов ГЭРБ, поскольку он реагирует с кислотой в желудке и образует прочный вязкий гель, который в виде «плотика» плавает на поверхности содержимого желудка, имеет нейтральную среду и эффективно препятствует забросу (рефлюксу) содержимого желудка в дистальные отделы пищевода [1–4, 6, 8] (рис. 3).

Таким образом, включение альгината Гевискона в комплексную программу лечения ИБС в сочетании с ГЭРБ патфизиологически обосновано и способствует достижению цели лечения — улучшению качества жизни.

Литература

1. Бельмер С.В. Пять поколений ингибиторов протонного насоса: проблема выбора. Больной с изжогой: тактика врача общей практики // Лечащий врач. — 2009; 7: 14–17.
2. Бордин Д.С., Машарова А.А., Кожурин Т.С. Лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни альгинатами // Лечащий врач. — 2008; 6: 93–94.
3. Видякина Н.В. Особенности клинического течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в сочетании с ишемической болезнью сердца: автореф. дисс... канд. мед. наук. — М., 2009. — С. 3–24.
4. Видякина Н.В., Дулин П.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь как причина болей за грудиной: дифференциальная диагностика с ишемической болезнью сердца // Воен.-мед. жур. — 2004; 325 (4): 34–37.
5. Гастроэнтерология и гепатология. Диагностика и лечение: руководство для врачей / под ред. А.В. Калинина, А.И. Хазанова. — М.: Миклош, 2007. — С. 17–31.
6. Завикторина Т.Г., Стрига Е.В., Соколова Ю.Б. и др. Особенности течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей // Лечащий врач. — 2008; 7: 88–90.
7. Ключев В.М., Ардашев В.Н., Брюховецкий А.Г. и др. Ишемическая болезнь сердца. — М.: Медицина, 2004.
8. Лазебник Л.Б., Бордин Д.С., Машарова А.А. и др. Больной с изжогой: тактика врача общей практики // Лечащий врач. — 2009; 7: 5–9.

ISCHEMIC HEART DISEASE AND GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE: DIFFERENTIAL DIAGNOSIS AND TREATMENT

Professor A. Shilov, MD; Professor M. Melnik, MD; A. Osiya, Candidate of Medical Sciences; D. Gryaznov

I.M. Sechenov Moscow Medical Academy

The authors present their findings and the data available in the literature on the rate of concurrence of ischemic heart disease (IHD) and gastroesophageal reflux disease (GERD). The pathophysiological mechanisms for the occurrence of symptoms of the comorbidity, the principles in the differential diagnosis and treatment of IHD and GERD, by including alginates into the treatment regimen, are considered.

Key words: ischemic heart disease, reflux esophagitis, Geviscon, proton pump inhibitors.