

КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА РЕФЛЮКСНОЙ БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ

З.А.Левченко, С.В.Дударенко, Е.Г.Солоницын

Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург, Россия

CLINICAL-INSTRUMENTAL DIAGNOSTIC CRITERIA OF SYNDROME REFLUX PAIN IN CHEST

S.A.Levchenko, S.V.Dudarenko, E.G.Solonicin

Military-medical Academy, Saint-Petersburg, Russia

© З.А.Левченко, С.В.Дударенко, Е.Г.Солоницын, 2011 г.

Диагностика синдрома кардиалгии при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни при отсутствии макроскопических признаков поражения пищевода (эндоскопически негативный вариант) затруднительна ввиду того, что при рутинном эзофагогастродуоденоскопическом исследовании отсутствие рефлюкс-эзофагита может остановить дальнейший диагностический поиск причины боли в груди в патологическом рефлюксе. В ходе нашего исследования выявлен комплекс клинических, лабораторных и инструментальных критериев, позволяющих отнести кардиалгию к проявлению эндоскопически негативной рефлюксной болезни.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, синдром рефлюксной боли, суточная рН-метрия.

Diagnosing the syndrome of cardialgia with gastroesophageal reflux disease in the absence of macroscopic bark esophagus (endoscopy negative option) is difficult, because on routine endoscopy study lack reflux-oesophagitis can stop further diagnostic search causes of chest pain in pathological reflux. During our research identified a set of clinical, laboratory and instrumental criteria which include cardialgia for endoscopy negative reflux disease.

Key words: gastroesophageal reflux disease, reflux pain syndrome, daily pH-monitoring.

Введение: синдром боли в грудной клетке при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни может долгие годы маскироваться под различные другие заболевания, оставаясь нераспознанным. При локализации болей за грудиной возникают определенные трудности в проведении дифференциальной диагностики между кардиальным синдромом гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и патологией сердечно-сосудистой системы. Около 30% случаев коронарографий, проведение которых связано с болями в сердце, не выявляют изменений в коронарных сосудах [1]. Предлагаемый в качестве критерия дифференциальной диагностики омепразоловый тест имеет ряд недостатков, в частности, необходим прием препарата в течение 14 дней; тест дает как «ложноположительные», так и «ложноотрицательные» результаты [2]. Особенно затруднительна диагностика при отсутствии признаков рефлюкс-эзофагита при фиброгастродуоденоскопическом исследовании [3, 4]. В связи с этим проведено настоящее исследование для совершенствования диагностической тактики при синдроме рефлюксной боли.

Цель исследования: определить алгоритм дифференциальной диагностики при кардиалгии, связанной с эндоскопически негативным вариантом гастроэзофагеальной рефлюксной болезни; выявить клинико-лабораторные и инструментальные критерии, позволяющие практикующему врачу диагностировать синдром рефлюксной боли.

Материалы и методы: в исследование включены 120 человек, предъявлявших жалобы на боли в области сердца. Все пациенты разделены на 3 группы: 1 — лица с синдромом кардиалгии и гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью при отсутствии макроскопических признаков поражения пищевода (НЭРБ); 2 — лица с синдромом кардиалгии и наличием гастроэзофагеальной рефлюксной болезни с эзофагитом (ГЭРБ); 3 — лица с синдромом кардиалгии, связанным с заболеванием сердечно-сосудистой системы, не имеющие патологических гастроэзофагеальных рефлюксов (ГЭР). Средний возраст обследованных составил $44 \pm 4,5$ г.

Всем пациентам проводилось комплексное обследование, включающее оценку клинической картины заболевания, общий и биохимический анализ крови, фиброгастродуоденоскопическое исследование (ФГДС), одновременное суточное мониторирование рН и ЭКГ, эхокардиографическое исследование. Для статистической обработки данных применялось вычисление средних величин (M), стандартной ошибки средних (m) с использованием t -критерия Стьюдента с помощью программы Statistica 6.

Результаты исследования: проведенное нами изучение клинической картины болевого синдрома в грудной клетке показало, что локализация боли, характер, продолжительность, провоцирующие факторы, иррадиация в изучаемых группах не имели статистически значимых различий. Согласно нашим ре-

зультатам, анализ клинической картины болевого синдрома в грудной клетке не позволяет достоверно решать вопрос о причине кардиалгии.

Путем активного выявления сопутствующих жалоб нами определены признаки, достоверно чаще встречающиеся в группе больных с синдромом кардиалгии при наличии рефлюксной болезни.

Как видно из данных таблицы 1, пациенты 1 и 2 групп достоверно чаще предъявляли жалобы на наличие отрыжки, регургитации, изжоги, повышенного слюноотделения ($p < 0,05$). Следует подчеркнуть, что

В результате 24-часовой рН-метрии сравнение проводилось по 12 показателям. Наиболее значимые для диагностики приведены в табл. 2.

И в 1, и во 2 группах имеются патологические гастроэзофагеальные рефлюксы, при этом обнаружена тенденция к тому, что в 1 группе количество рефлюксов, их длительность и продолжительность изменения рН пищевода почти в 2 раза меньше, чем у лиц 2 группы с эрозивной формой заболевания.

Для подтверждения рефлюксной природы кардиалгии одновременно с рН-метрией проводилось суто-

Таблица 1

Выявляемые активно сопутствующие клинические симптомы

Клинические симптомы	1 группа, %	2 группа, %	3 группа, %	Значимость различий, р
Отрыжка и/или регургитация	63,8*	56,3*	8,3*	P _{1,3} ; P _{2,3}
Изжога	47,2*	37,5*	0*	P _{1,3} ; P _{2,3}
Икота	19,4	10,4	2,7	
Болевой абдоминальный синдром	22,2	19,8	2,7	
Повышенное слюноотделение	30,5*	29,2*	0	P _{1,3} ; P _{2,3}
Метеоризм	38,8	35,4	5,4	
Нарушение аппетита	25	16,6	8,3	

Примечание: $p < 0,05$

Таблица 2

Основные показатели суточной рН-метрии

Показатели рН-метрии	1 группа	2 группа	3 группа	Значимость различий, р
Время с рН в пищеводе < 4 , %	5,5 $\pm$ 4,9*	15,3 $\pm$ 1,5*	2,2 $\pm$ 0,12*	P _{1,2} ; P _{1,3} ; P _{2,3}
Число ГЭР	69 $\pm$ 38*	133 $\pm$ 24*	31 $\pm$ 11,2*	P _{1,2} ; P _{1,3} ; P _{2,3}
Число ГЭР длительностью > 5 мин	4,7 $\pm$ 1,3*	8,7 $\pm$ 3,2*	0*	P _{1,2} ; P _{1,3} ; P _{2,3}
Обобщенный показатель DiMeester	26,2 $\pm$ 12,9*	36,9 $\pm$ 24,8*	11,5 $\pm$ 2,1	P _{1,3} ; P _{2,3}

Примечание: $p < 0,05$

при сборе жалоб подавляющее большинство пациентов акцентировало внимание врача на синдроме кардиалгии, и данные симптомы выявлены путем активного опроса. По характеру описанного таким образом рефлюксного синдрома статистически значимые различия между пациентами с эндоскопически позитивным и негативным вариантом заболевания не выявлены.

Изучение данных ЭхоКГ (в анализе использованы 16 основных показателей размеров камер сердца, толщины миокарда разных отделов, параметры сократимости миокарда) показало, что основные показатели морфометрии, систолической и диастолической функции сердца в 1 и 2 группах близки друг к другу и не выходят за рамки средних значений. У пациентов 3 группы отмечено увеличение толщины межжелудочковой перегородки (68%), массы миокарда левого желудочка и индекса массы миокарда левого желудочка (72%), а также признаки нарушения локальной сократимости миокарда (28%) ($p < 0,05$).

Фиброгастродуоденоскопическое исследование выявило наличие рефлюкс-эзофагита у пациентов 2 группы и его отсутствие в двух других группах ($p < 0,05$). По остальным параметрам ФГДС статистически значимых различий не выявлено.

чное мониторирование ЭКГ, анализ которого показал с вероятностью 87,5% совпадение желудочно-пищеводных рефлюксов и возникновение ощущения боли в грудной клетке у больных 1 и 2 групп. При этом ишемические изменения на ЭКГ были зарегистрированы в 1 группе в 2,4% случаев, то есть в большинстве случаев ощущения кардиалгии при рефлюксной болезни имели неангинальную природу. В 3 группе ишемические изменения обнаружены в 34% случаев; совпадения изменений на ЭКГ и рН-метрии в данной группе не наблюдалось ($p < 0,05$).

Выводы:

1. Дифференциальная диагностика кардиалгий у больных молодого возраста требует активного выявления сопутствующих жалоб некардиального характера, а именно на отрыжку, регургитацию, изжогу, наличие повышенного слюноотделения; проведения ФГДС, ЭхоКГ, суточной рН-метрии и одновременно с ней суточного мониторирования ЭКГ.

2. Отсутствие эзофагита по данным ФГДС не должно исключать рефлюксную болезнь как причину кардиалгии.

3. Критериями диагноза кардиального синдрома при эндоскопически негативной гастроэзофагеальной

рефлюксной болезни являются патологические гастроэзофагеальные рефлюксы по данным суточной рН-метрии и совпадение эпизодов желудочно-пищеводного рефлюкса с ощущениями боли в сердце, описываемых в дневниках наблюдений при одновременно проводимом суточном мониторинге ЭКГ.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Шишлов А.Ю.* Одновременное рН- и ЭКГ-мониторирование при гастро-эзофагеальной рефлюксной болезни и ишемической болезни сердца / Шишлов А.Ю., Дымшиц М.А. // Актуальные вопросы внутренней медицины и педагогики. — М.: Изд. Дом «Русский врач». — 2000. — С. 132–136.
2. *Соломенцева Т.А.* Пищеводный рефлюкс: что необходимо знать практикующему врачу // Медицинская газета «Здоровье Украины». — 2007 — № 20/1. — с. 72–73.
3. *Маев И.В.* Неэрозивная рефлюксная болезнь с позиций современной гастроэнтерологии: клинические особенности и влияние на качество жизни пациентов / И.В.Маев, А.С.Трухманов // Рус. мед. журн. — 2004. — № 23. — С. 1344–1348.
4. *Fass R.* Focused clinical review: nonerosive reflux disease / R.Fass // Medscape Gastroenterol. — 2001. — № 3. — P. 1–13.
5. *Tutuian R.* Reflux monitoring Role of combined multichannel Intraluminal Impedance and pH / R. Tututian, D.O. Gastell // Am Gastrointest. Endoscopy Clin. — 2005 — № 15. — P. 361–371.