

**КОНКУРС МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ, VIII СЪЕЗД НОГР
(ТРЕТЬЯ ПРЕМИЯ)****КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА
У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ***Симонов Ю. В.*

Военно-медицинский институт ФСБ России, Нижний Новгород

РЕЗЮМЕ

Выделены особенности болезненных проявлений, характерные для пациентов с сочетанием ГЭРБ и стенокардии. Это позволяет клинически дифференцировать подобных больных. Обнаружена зависимость частоты возникновения эрозивного рефлюкс-эзофагита у больных стенокардией от тяжести течения ИБС.

SUMMARY

The conduct research is demonstrating typical sickly particularities of patients are ill with gastroesophageal reflux disease and stenocardia. It allows revealing these patients clinically. Besides there are association between frequency of beginnings of erosive reflux-esophagitis by patients with stenocardia and degree of serious myocardial ischemia.

В большинстве многочисленных исследований, в которых изучалась патология пищевода при ишемической болезни сердца (ИБС), основное внимание уделялось вопросам дифференциальной диагностики болевого синдрома в груди [1, 3, 5, 6, 9, 11]. Боль в грудной клетке при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), по данным разных авторов, занимает второе место по частоте после изжоги, а у 10% больных ГЭРБ подобные боли могут быть единственным проявлением заболевания [Richter J., 1994]. Кардиалгическую форму желудочно-пищеводного рефлюкса впервые выделили В. Х. Василенко и соавт. (1971). Позже Н. Davies был предложен термин «эзофагальная» ангина. Подобное симулирование симптоматики стенокардии при рефлюксной болезни создает известные диагностические трудности. У 35–70% больных с заболеваниями пищевода ставится ошибочный диагноз ИБС и, напротив, у 50% больных ИБС заболевания пищевода остаются недиагностированными [2]. По некоторым данным, в возрасте от 60 до 74 лет выявляется пик частоты эпизодов изжоги или регургитации два и более раз в неделю [8], поэтому сочетание ГЭРБ и стенокардии является распространенной клинической ситуацией. Кроме того, в этой же возрастной группе внепищеводные проявления ГЭРБ отмечаются достоверно чаще (до 60%), чем у молодых больных, с превалированием кардиальной симптоматики [Алыпova Е. Е., 2005].

Особенности сочетанного течения ИБС и ГЭРБ, их взаимное влияние до сегодняшнего дня мало изучены. Для диагностики в подобных случаях большинство авторов отдают приоритет инструментальным методам, а клиническим проявлениям сочетанной патологии уделяется меньше внимания или признается отсутствие достоверных клинических критериев у этой категории пациентов [4, 7, 12, 13].

Цель исследования — выявить вклад патологии пищевода в клиническую симптоматику у лиц с сочетанием ИБС и ГЭРБ, оценить результаты эндоскопического исследования пищевода и желудка у этих пациентов и продемонстрировать результаты пробы с ингибиторами протонного насоса (ИПП) у них.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В основу работы положены результаты обследования 101 больного, которые находились на стационарном лечении по поводу стабильной стенокардии напряжения различных функциональных классов (ФК). По результатам клинико-инструментального обследования все больные были разделены на две группы. В 1-ю группу вошли больные стенокардией без признаков ГЭРБ — 55 человек, средний возраст — $63,1 \pm 7,9$ года; 2-ю группу составили больные стенокардией с сопутствующей ГЭРБ — 46 человек,

средний возраст — $62,7 \pm 7,6$ года. Условно эти группы были названы соответственно «изолированная стенокардия (ИБС)» и «сочетанная стенокардия (ИБС + ГЭРБ)».

В исследование не включались больные с острыми формами ИБС, а также лица с органическими причинами для появления патологического гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР) — больные с эндокринной патологией (сахарный диабет, гипотиреоз), склеродермией, перенесшие резекцию желудка, с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы.

Диагноз стенокардии напряжения устанавливался на основании общепринятых клинических и инструментальных критериев в соответствии с современной классификацией ИБС (Комитет экспертов ВОЗ, ГКНЦ РАМН, 1994). Для характеристики тяжести стенокардии напряжения обследованных больных использовали функциональную классификацию Канадской ассоциации кардиологов [Camprau L., 1976]. Объективизация анамнестических данных о переносимости физических нагрузок у пациентов осуществлялась при помощи велоэргометрической пробы.

Части больным была выполнена селективная коронарография (СКГ) по методике Judkins на аппарате *Angioscop D-33* (Siemens, Германия).

Всем больным стенокардией, которых беспокоили боли в верхней половине живота и/или имевшим диспепсические жалобы, выполнялась эзофагогастродуоденоскопия по стандартной методике.

Диагностика ГЭРБ проводилась в соответствии с международными клиническими критериями, выработанными на встрече экспертов по проблеме рефлюксной болезни в г. Генвале (Бельгия, 1997), и Римским консенсусом (II) по диагностике и лечению функциональных заболеваний органов пищеварения (1999 г.) с последующим проведением эндоскопического исследования верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Больным, соответствовавшим по клиническим критериям диагнозу ГЭРБ, но не имевшим эндоскопических признаков рефлюкс-эзофагита (РЭ), для верификации диагноза выполнялась суточная внутрипищеводная рН-метрия. С учетом данных инструментального обследования все пациенты ГЭРБ были отнесены к эрозивной (ЭРБ) или к неэрозивной форме ГЭРБ (НЭРБ). Тяжесть РЭ оценивали в соответствии с эндоскопической классификацией М. Савари и Д. Миллера (1978).

Амбулаторный 24-часовой внутрипищеводный рН-мониторинг проводился с использованием аппарата «Гастроскан-24», изготовленного ГНПП «Исток-Система», г. Фрязино, Россия.

Достоверность различий между полученными показателями оценивалась с помощью критерия Стьюдента. Сопоставление клинических признаков

среди групп больных выполнялось непараметрическим методом с использованием точного критерия Фишера — Ирвина.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В отличие от большинства выполненных ранее работ, в которых проводилось сравнение больных изолированной ГЭРБ и больных ГЭРБ с сопутствующей ИБС, в основе нашего исследования лежало сопоставление больных стенокардией в сочетании с ГЭРБ и без нее.

Выделенные нами группы больных стенокардией статистически значимо не различались между собой по возрасту, давности коронарного анамнеза, тяжести течения стенокардии по наличию ФК, уровню холестерина.

Некоторые особенности больных стенокардией из обеих групп заключались в следующем:

- у больных «изолированной стенокардией» в анамнезе было зарегистрировано больше инфарктов миокарда (ИМ) (58,2% против 43,5% в группе «сочетанной стенокардии»). Однако у пациентов «сочетанной стенокардией» достоверно чаще встречался Q-инфаркт миокарда (17,2% против 7,3% у больных с «изолированной стенокардией», $p < 0,05$);
- в группе больных «сочетанной стенокардией» большинство составили женщины (63% против 30,9%, $p < 0,05$);
- среди больных «сочетанной стенокардией» преобладали следующие сопутствующие заболевания: язвенная болезнь (23,9% против 12,7%), желчнокаменная болезнь (6,5% против 3,5%) и ожирение (13% против 5,5%), артериальная гипертензия в обеих группах встречалась примерно с одинаковой частотой (43,5 и 45,5%);
- больные «сочетанной стенокардией» достоверно чаще, чем больные «изолированной стенокардией», постоянно принимали антагонисты кальция (13 и 1,8% соответственно, $p < 0,05$) и реже — нитраты (63 и 80% соответственно).

Ведущими клиническими проявлениями у больных стенокардией в сочетании с ГЭРБ были атипичный болевой синдром в грудной клетке и диспепсические симптомы. Боли в груди, не связанные с физической нагрузкой, у больных «сочетанной стенокардией» встречались значительно чаще, чем у больных «изолированной стенокардией» (89,9 против 67,3%).

Характеризуя далее особенности болевого синдрома в грудной клетке у обследованных лиц, следует заметить, что поскольку исследование проводилось у больных ИБС, то выявленные нами

Таблица 1

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ АТИПИЧНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ		
Причины болевого синдрома	Группы больных стенокардией	
	ИБС (n = 55)	ИБС + ГЭРБ (n = 46)
Эмоциональное напряжение	26 (47,3%)*	12 (26,1%)*
Прием пищи, в том числе: во время или сразу после еды через 10–20 мин через 30 мин и позже	14 (25,5%)* 2 (14,3%)* 3 (21,4%) 9 (64,3%)*	32 (67,4%)* 16 (50%)* 9 (28,1%) 7 (21,9%)*
Наклоны туловища вперед	24 (43,6%)	28 (60,9%)
Горизонтальное положение больного	25 (45,5%)	31 (67,4%)

* Статистически различия между подгруппами достоверны ($p < 0,05$).

Таблица 2

ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОЛЕЙ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ, НЕ СВЯЗАННЫХ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ, У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ		
Локализация болей	Группы больных	
	ИБС (n = 55)	ИБС + ГЭРБ (n = 46)
Левая половина грудной клетки	13 (23,6%)	10 (21,7%)
За грудиной, в том числе нижняя треть грудины	11 (20%)* 4 (36,4%)	25 (54,3%)* 11 (44%)
За грудиной + левая половина грудной клетки	13 (23,6%)*	6 (13,4%)*

* Статистически различия между подгруппами достоверны ($p < 0,05$).

Таблица 3

ХАРАКТЕР БОЛЕЙ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ, НЕ СВЯЗАННЫХ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ, У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ		
Характер болей	Группы больных	
	ИБС (n = 55)	ИБС + ГЭРБ (n = 46)
Сжимающие	27 (49,1%)*	3 (6,5%)*
Давящие	6 (10,9%)	4 (8,7%)
Колющие	4 (7,3%)	2 (4,4%)
Чувство жжения	10 (27%)*	24 (52,2%)*
Ноющие	5 (9,1%)	4 (8,7%)

* Статистически различия между подгруппами достоверны ($p < 0,05$).

отличительные особенности болей в груди не имели отношения к типичным для стабильной стенокардии ангинозным приступам, которые отмечались у всех пациентов.

При анализе причин возникновения подобных болевых ощущений были выявлены следующие особенности (табл. 1).

Для больных «изолированной стенокардией» была характерна связь их появления с эмоцио-

нальным напряжением. У больных «сочетанной стенокардией» преобладали другие причины: у них чаще появлялись боли в груди при наклонах и в положении лежа. Зависимость возникновения болей в грудной клетке от приема пищи отмечали большинство больных 2-й группы. Особое значение имело время появления этих болей. Для больных «сочетанной стенокардией» характерным было возникновение у них болевых ощущений

в груди во время приема пищи или сразу после него. Среди больных с «изолированной стенокардией» наблюдалась обратная картина: боли у них возникали спустя 30 мин и позже после приема пищи.

По локализации, иррадиации и условиям разрешения атипичных болей в грудной клетке нами также выявлены значимые отличия между больными из разных групп стенокардией, которые представлены в таблицах 2–5.

Среди пациентов 2-й группы чаще отмечались загрудинные боли, преимущественно в нижней ее трети. Болевые ощущения у большинства этих больных носили жгучий характер и имели более

симметричную иррадиацию по сравнению с больными из группы с «изолированной стенокардией».

Специфическими условиями облегчения атипичных болей в груди у больных «сочетанной стенокардией», по нашим данным, было изменение положения тела — выпрямление после наклонов или переход в вертикальное из горизонтального положения; а также питье воды или прием антацидов. У этих же больных в отличие от больных 1-й группы при атипичных болях в груди прием нитроглицерина оказался более эффективным.

Таблица 4

ИРРАДИАЦИЯ БОЛЕЙ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ, НЕ СВЯЗАННЫХ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ, У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ

Иррадиация болей	Группы больных	
	ИБС (n = 55)	ИБС + ГЭРБ (n = 46)
В левую руку	34 (61,8%)	21 (45,6%)
В левую лопатку	21 (38,2%)	13 (28,3%)
В обе руки	1 (1,8%)	7 (15,2%)
В нижнюю челюсть	2 (3,7%)	1 (2,2%)
В спину	3 (5,5%)*	21 (45,6%)*
Без иррадиации	9 (16,4%)	0

* Статистически различия между подгруппами достоверны ($p < 0,05$).

Таблица 5

УСЛОВИЯ ОБЛЕГЧЕНИЯ БОЛЕЙ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ, НЕ СВЯЗАННЫХ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ, У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ

Условия облегчения болей	Группы больных	
	ИБС (n = 55)	ИБС + ГЭРБ (n = 46)
Покой	2 (3,6%)*	9 (19,6%)*
Перемена положения тела	4 (7,3%)*	13 (28,3%)*
Эффект нитроглицерина:		
через 2–3 мин	14 (25,5%)*	20 (43,5%)*
через 5–10 мин	17 (30,9%)	9 (19,6%)
позже 10 мин	7 (12,7%)	5 (10,9%)
нет эффекта	17 (30,9%)	12 (26,1%)
Прием воды, щелочей	0	3 (6,5%)
Нитроглицерин + покой	7 (12,7%)	6 (13%)
Нитроглицерин + перемена положения тела	0	8 (17,4%)
Нитроглицерин + покой + перемена положения тела	1 (1,8%)	4 (8,7%)
Нитроглицерин + прием воды, щелочей	1 (1,8%)	5 (10,9%)
Нитроглицерин + спазмолитики	1 (1,8%)	1 (2,2%)
Перемена положения тела + питье	1 (1,8%)	3 (6,5%)

* Статистически различия между подгруппами достоверны ($p < 0,05$).



Как видно из проведенного нами анализа атипичного болевого синдрома в грудной клетке, у больных стенокардией в обеих группах можно выделить много общего. Для всех обследованных было характерным наличие болей в груди в грудной клетке, проявляющихся характерными ощущениями за грудиной, связанных у части больных с эмоциональным напряжением и проходящими или в покое, или после приема нитроглицерина.

Несмотря на сходство в клинических проявлениях болевого синдрома в грудной клетке у пациентов обеих групп, были выявлены те черты, которые более специфичны для больных из каждой группы в отдельности.

Можно констатировать, что для больных «изолированной стенокардией» были характерны кратковременные боли в груди сжимающего характера, преимущественно связанные с эмоциональным напряжением или возникающие на высоте пищеварения — через 30 минут и позже после приема пищи. Подобные боли локализовались как за грудиной, так и в левой половине грудной клетки, уменьшались или проходили полностью через 5–10 минут после приема нитроглицерина или просто в покое.

Больных из группы «сочетанной стенокардии» чаще беспокоили боли в грудной клетке жгучего характера. Болевые приступы у них были более продолжительными, чаще локализовались в нижней трети грудины, боли иррадиировали в спину, руки, возникали во время приема пищи или сразу после еды, а также при наклонах туловища вперед и в положении лежа, быстро купировались нитроглицерином, приемом антацидов или питьем

воды, переменной положения тела.

Особенности диспепсических проявлений у больных с различным течением стенокардии заключались в следующем. Ежедневную или частую изжогу испытывало 91,3% больных «сочетанной стенокардией»; возникала она преимущественно после еды (84,8%) и в положении лежа (56,5%), то есть в тех ситуациях, когда увеличивалось количество ГЭР по данным pH-метрии.

Часть пациентов из группы с «изолированной стенокардией» (47,3%) также беспокоила изжога. В таких случаях ее отличали, во-первых, редкость появления (раз в месяц и реже), во-вторых, ситуационность появления — только в связи с употреблением определенных продуктов, а не приемом пищи вообще. При наклонах и в горизонтальном положении изжога у данной категории больных не возникала.

Клиническим подтверждением взаимосвязи течения ИБС и ГЭРБ является обнаруженная нами зависимость между частотой появления изжоги у больных стенокардией и наличием у них в анамнезе перенесенного ИМ ($r = 0,41$). Из всех 72 больных стенокардией, которые отмечали изжогу той или иной степени интенсивности, 49 человек (68%) она впервые стала беспокоить или усилилась после возникновения у них приступов стенокардии либо после перенесенного ИМ.

Другие диспепсические симптомы (отрыжка, тошнота, чувство тяжести в эпигастрии после еды) в целом встречались среди больных «сочетанной стенокардией» в 1,5 раза чаще по сравнению с больными «изолированной стенокардией».

Таблица 6

ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ ИБС У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ У НИХ СИМПТОМОВ ГЭРБ		
Критерий	Группы больных стенокардией	
	ИБС (n = 55)	ИБС + ГЭРБ (n = 46)
Инфаркт миокарда в анамнезе:		
всего	32 (58,2%)	20 (43,5%)
Q-ИМ	4 (7,3%)*	9 (17,2%)*
не Q-ИМ	28 (50,9%)*	11 (23,9%)*
Оперативное лечение по поводу ИБС:		
аортокоронарное шунтирование	1	4
стентирование коронарной артерии	—	1
Функциональный класс стенокардии:		
I ФК	1 (1,8%)	3 (6,5%)
II ФК	20 (36,4%)	20 (43,5%)
III ФК	33 (60%)	19 (42,2%)
IV ФК	1 (1,8%)	4 (8,7%)
Холестерин (M ± σ), ммоль/л	6,1 ± 1,15	5,95 ± 1,01

* Статистически различия между подгруппами достоверны ($p < 0,05$).

Таблица 7

**ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ СОЧЕТАННОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА**

Симптом	ИБС + НЭРБ, n = 20	ИБС + ЭРБ, n = 26
Атипичные боли в груди	13 (65,5%)*	24 (92,4%)*
Ежедневная изжога	5 (25%)	9 (34,6%)
Отрыжка	12 (60%)	18 (69,2%)
Дискомфорт в эпигастрии	10 (50%)*	20 (76,9%)*

* Статистически различия между подгруппами достоверны ($p < 0,05$).

Характеристика течения ИБС у больных стенокардией в зависимости от наличия у них симптомов ГЭРБ представлена в табл. 6.

Как видно из представленных данных, среди больных стенокардией отмечается неоднородное по отдельным показателям течение коронарной болезни в зависимости от наличия у них симптомов ГЭРБ. У больных «изолированной стенокардией» чаще, чем во 2-й группе, в анамнезе отмечался ИМ, в то же время среди больных «сочетанной стенокардией» достоверно чаще регистрировался Q-инфаркт миокарда. Из 6 больных, перенесших ранее оперативное вмешательство по поводу ИБС, у 5 (83,3%) были выявлены симптомы ГЭРБ. Распределение по степени тяжести стенокардии было следующим: в 1-й группе преобладали больные с III ФК, во 2-й группе было больше больных со II и IV ФК, что не позволило сделать однозначный вывод о различном по степени тяжести течения стенокардии в той или иной группе.

Особенности эндоскопической картины поражения слизистой оболочки пищевода у больных «сочетанной стенокардией» можно резюмировать следующим образом. Во-первых, среди них преобладала эрозивная форма ГЭРБ над неэрозивной (56,5 и 43,5% соответственно). Во-вто-

рых, у больных с сочетанием стенокардии и ЭРБ отмечались более выраженные клинические проявления по сравнению с больными стенокардией и НЭРБ (табл. 7), что выражалось в более интенсивной изжоге, учащенном возникновении у них других диспепсических симптомов, а также большей частотой атипичного болевого синдрома в грудной клетке. Все это нехарактерно для классического течения изолированной ГЭРБ.

Возникновение РЭ у обследованных больных стенокардией зависело от характера течения ИБС. Об этом свидетельствуют полученные нами данные о более тяжелом или осложненном течении ИБС у больных с ЭРБ (табл. 8). Если среди больных с РЭ 0–1-й степени ИМ в анамнезе был зарегистрирован менее чем у половины (37,5%), то среди больных с РЭ 2–3-й степени его перенесли 83,3%. Среди больных с НЭРБ преобладали больные со II ФК стенокардии, у больных с ЭРБ отмечался более тяжелый ФК стенокардии: II ФК был диагностирован у 34,6%, а III ФК — у 46,2% человек.

Таблица 8

**РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ СОЧЕТАННОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ
ПО СТЕПЕНЯМ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ИБС**

Критерий	Степень рефлюкс-эзофагита			
	0 (n = 20)	1 (n = 20)	2 (n = 5)	3 (n = 1)
Функциональный класс стенокардии:				
I ФК	1 (10%)	2 (10%)	0	—
II ФК	11 (55%)	7 (35%)	2 (40%)	—
III ФК	7 (35%)	10 (50%)	1 (20%)	1
IV ФК	1 (10%)	1 (5%)	2 (40%)	—
Степень коронарного атеросклероза:				
односудистое поражение	1	—	—	
двухсудистое поражение	1	2	1	
трехсудистое поражение		1	1	
Инфаркт миокарда в анамнезе	8 (40%)*	7 (35%)	4 (80%)*	1

* Статистически различия между подгруппами достоверны ($p < 0,05$).



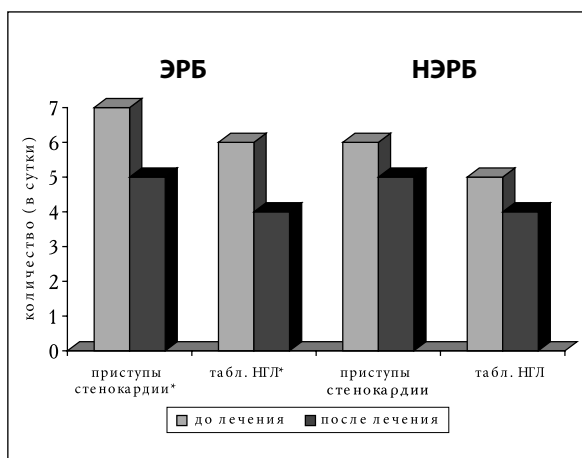


Рис. Динамика проявлений стенокардии на фоне терапии ингибитором протонной помпы (Мо).

* Статистически различия до и после лечения достоверны ($p < 0,05$).

Проведенное сопоставление клинических и эндоскопических проявлений у больных «сочетанной стенокардией» указывает на взаимоотягочающее влияние ИБС и ГЭРБ на течение друг друга. Наличие эрозивного РЭ у больных стенокардией ассоциируется с более тяжелым и осложненным течением у них ИБС и, в свою очередь, сопровождается более выраженной клинической симптоматикой ГЭРБ.

На заключительном этапе исследования нами было проведено пробное лечение ИПП у 23 больных стабильной стенокардией III — IV ФК в сочетании с ГЭРБ. Из них у 10 больных была диагностирована ЭРБ, у 13 пациентов — НЭРБ. Целью назначения антисекреторного препарата была оценка его влияния не на симптомы ГЭРБ, а на клинические проявления стенокардии. В качестве представителя ИПП был выбран омепразол, являющийся «золотым стандартом» в терапии кислотозависимых заболеваний, который назначался в дозе 60 мг/сут в течение 7 дней.

Как и следовало ожидать, была получена выраженная положительная динамика в отношении как диспепсических симптомов, так и атипичного болевого синдрома в грудной клетке. Уменьшение интенсивности изжоги или полное ее исчезновение отмечалось у 22 больных (95,7%). Снижение частоты появления болей в груди, не связанных с физической нагрузкой, наблюдалось у 18 человек (78,3%).

Одновременно было выявлено, что назначение ИПП привело к урежению приступов стенокардии и уменьшению суточной потребности в нитроглицерине (НГЛ) у большинства больных (77,3%) «сочетанной стенокардией» (см. рис.).

Клинический эффект ИПП в отношении проявлений стенокардии был более выражен у больных с эрозивной ГЭРБ (80% больных), чем у пациентов с НЭРБ (69%).

ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

У обследованных нами больных стенокардией была выявлена значительная распространенность болей в груди, не связанных с физической нагрузкой, которые среди больных «сочетанной стенокардией» встречались достоверно чаще. Подобные боли в груди могут быть отнесены к атипичной (возможной) стенокардии при соблюдении не менее двух из следующих условий: связь с эмоциональным напряжением и/или характерный дискомфорт за грудиной и/или положительный эффект от нитроглицерина [10]. Таким критериям соответствовали боли у 60% больных в 1-й группе и у 54,3% — во 2-й группе. Полученные нами данные о частоте возникновения этих болей совпадают с результатами работ, в которых проводились одновременные суточные внутрипищеводная рН-метрия и ЭКГ-мониторирование у больных с сочетанием ИБС и ГЭРБ. В этих исследованиях до 52,2% подобных пациентов испытывали загрудинные боли на фоне значимого количества ГЭР, которые сопровождались ишемическими изменениями на ЭКГ [13]. Подобные данные подтверждают наличие рефлекторной стенокардии у больных с сочетанием ГЭРБ и ИБС и объясняют высокую эффективность нитроглицерина при атипичных болях в грудной клетке у этих пациентов.

Наиболее значимо различия в условиях возникновения болей в груди проявлялись в зависимости от приема пищи. Для пациентов «сочетанной стенокардией» характерным было возникновение болей в груди во время или сразу после приема пищи. Среди больных «изолированной стенокардией», у которых выявлялась связь с приемом пищи, наблюдалась обратная картина: боли у большинства из них возникали спустя 30 мин и позже после еды. Подобные отличия в появлении болей в груди в зависимости от времени приема пищи, вероятно, связаны с различными механизмами их возникновения. У больных «сочетанной стенокардией» эти болевые ощущения обусловлены наличием у них РЭ, постпрандиальным увеличением количества ГЭР и появлением рефлекторной стенокардии. В основе загрудинных болей у больных ИБС, появляющихся в более поздний период после приема пищи, предполагается другой механизм, связанный с гиперлипидемией и постпрандиальной гемодинамической реакцией на высоте пищеварения [Трубецкой А. В., 1982]. В обоих случаях эти боли по своим клиническим характеристикам могут быть типичными ангинозными болями и отличие по времени их возникновения определяется наличием или отсутствием у больного стенокардией сопутствующей ГЭРБ.

Как уже указывалось, у большинства больных с сочетанием стенокардии и ГЭРБ эффективным оказался прием нитроглицерина. По нашему мне-

нию, такая его высокая эффективность объясняется воздействием нитроглицерина одновременно на несколько механизмов возникновения болей в груди у таких пациентов. Во-первых, этот препарат купирует типичные стенокардические боли в сердце, в том числе приступы рефлекторной стенокардии, связанные с патологией пищевода. Во-вторых, общеизвестно его положительное действие при спастических сокращениях пищеводной мускулатуры, возникающих в ответ на заброс в пищевод желудочного содержимого и являющихся одной из причин «пищеводных» болей в груди. Следовательно, положительный эффект нитроглицерина при болях в груди не может быть критерием исключения других причин возникновения болей, кроме ишемии миокарда.

Также диагностически незначимым служит уменьшение болей в покое, поскольку оно может наблюдаться при любых вариантах стенокардии, в том числе и рефлекторной. Специфичными условиями облегчения болей в груди, хотя и выявленными у небольшого числа больных «сочетанной стенокардией», по нашим данным, являются изменение положения тела и питье воды или прием антацидов.

Нельзя не отметить и еще одну особенность болевого синдрома в грудной клетке у больных с сочетанным течением ГЭРБ и стенокардии. При анализе взаимосвязи между наличием болевого синдрома и РЭ обнаружилось, что боли в груди, не связанные с физической нагрузкой, встречались у подавляющего большинства больных стенокардией в сочетании с ЭРБ и реже у больных стенокардией и НЭРБ. Это доказывает зависимость выраженности клинических проявлений ГЭРБ у больных стенокардией от наличия у них РЭ.

Описанные особенности болевого синдрома в грудной клетке у больных с сочетанным течением стенокардии и ГЭРБ позволяют считать, что отсутствие у больных стенокардией болей в грудной клетке, не связанных с физической нагрузкой, несмотря на присутствие типичных для ГЭРБ других симптомов, клинически исключает у них наличие эрозивного РЭ.

Аналогично выявленной зависимости проявлений болевого синдрома от наличия воспалительных изменений слизистой оболочки пищевода нами обнаружена связь частоты возникновения изжоги и РЭ. Взаимоотягивающее влияние ГЭРБ и ИБС подтверждает зависимость интенсивности изжоги у больных от тяжести течения у них ИБС. Другим клиническим подтверждением триггерной роли ГЭР в обострении ИБС была обнаруженная умеренная корреляционная зависимость между интенсивностью изжоги у больных стенокардией и наличием у них в анамнезе перенесенного ИМ.

Подводя итоги анализа клинической картины у больных, страдающих сочетанием стенокардии

напряжения и ГЭРБ, следует подчеркнуть, что мы сталкиваемся не просто с суммой симптомов, характерных для каждого заболевания в отдельности, а с новым течением заболевания с рядом его особенностей. В первую очередь это разнообразные клинические проявления: наличие у больных, помимо диспепсических жалоб, атипичного болевого синдрома в грудной клетке, с характерными особенностями локализации болей, причинами возникновения и условиями их разрешения. Во-вторых, это зависимость выраженности клинических проявлений у больных от тяжести течения обоих заболеваний.

В ходе проведения пробного лечения ИПП больных «сочетанной стенокардией» нами была получена выраженная положительная динамика, выражавшаяся в уменьшении как диспепсических симптомов, так и частоты атипичного болевого синдрома в грудной клетке. У больных стенокардией в сочетании с НЭРБ отмечался менее выраженный эффект применения ИПП, что может быть подтверждением повышенной чувствительности подобных больных к кислотным рефлюксам по сравнению с больными ГЭРБ [5]. Снижение частоты приступов стенокардии и уменьшение потребности в нитроглицерине у большинства больных стенокардией в сочетании с ГЭРБ (77,3%) можно объяснить следующим образом.

На фоне приема ИПП и выраженного понижения кислотообразующей функции желудка уменьшаются раздражающие свойства попадающего в пищевод рефлюктата. Это приводит к урежению случаев возникновения рефлекторной стенокардии, а также уменьшению появления в ответ на ГЭР «пищеводных» болей в грудной клетке, при которых нитроглицерин эффективен в качестве спазмолитика. Однако конкретный механизм подобного влияния ИПП на проявления стенокардии требует уточнения.

Таким образом, наше предположение о том, что сочетание у больных стенокардии и ГЭРБ выражается не простым суммированием симптомов, а проявляется в их взаимном влиянии друг на друга, подтверждается эффективностью применения антисекреторного препарата в отношении клиники стенокардии у подобной категории больных.

ВЫВОДЫ

1. Сочетание стабильной стенокардии напряжения и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни характеризуется взаимным отягощением. Это выражается в более частом возникновении у больных



стенокардией эрозивной формы ГЭРБ и зависимости ее появления от тяжести течения ИБС, более частом развитии у больных с сочетанной патологией крупноочагового инфаркта миокарда.

2. Развитие эрозивного рефлюкс-эзофагита у больных стенокардией сопровождается более выраженной клинической симптоматикой, которая проявляется прежде всего появлением у больных атипичного болевого синдрома в грудной клетке.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеева, О. П. Эндоскопически негативная гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь как причина болей в левой половине груди: дифференциальная диагностика с ишемической болезнью сердца/О. П. Алексеева//Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 2001. — № 6. — С. 81–84.
2. Бектаева, Р. Р. Заболевания пищевода у больных стенокардией и при ангиографически неизмененных или малоизмененных коронарных артериях/Р. Р. Бектаева, Н. М. Ахмеджанов, А. А. Лякишев//Клинич. мед. — 1990. — № 7. — С. 48–51.
3. Голочевская, В. С. Пищеводные боли: умеем ли мы их распознавать?/В. С. Голочевская/Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 2001. — № 3. — С. 43–46.
4. Иванников, И. О. Рациональная диагностика и терапия гастроэзофагеальной рефлюксной болезни/И. О. Иванников, В. А. Исаков, И. В. Маев//Тер. арх. — 2004. — Т. 76, № 2. — С. 71–74.
5. Ивахненко, О. И. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь с атипичными клиническими проявлениями (роль рН-метрии и амбулаторной манометрии в диагностике и мониторинге терапии): дис.... канд. мед. наук: 14.00.05/О. И. Ивахненко: Ставро. гос. медакадемия. — Ставрополь, 2002.
6. Калюжин, В. В. Стенокардиоподобная роль эзофагеального происхождения/В. В. Калюжин, С. В. Красовский//Сиб. журн. гастроэнтерол. и гепатол. — 1998. — Т. 1, № 6. — С. 274–276.
7. Козлова, И. В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и ишемическая болезнь сердца: особенности течения сочетанной пато-

Особенности локализации болей в груди, причины их возникновения и условия разрешения позволяют дифференцировать эту категорию пациентов от других больных стенокардией.

3. При лечении больных с сочетанием ГЭРБ и стенокардии добавление к антиангинальным препаратам ингибиторов протонной помпы дополнительно приводит к уменьшению клинических проявлений стенокардии.

- логии/И. В. Козлова, С. В. Логинов, Ю. Г. Шварц//Сиб. журн. гастроэнтерол. и гепатол. — 2002. — № 15. — С. 170–171.
8. Лазебник, Л. Б. Частота выявления симптомов, характерных для гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у лиц пожилого и старческого возраста, а также у долгожителей Москвы/Л. Б. Лазебник, И. В. Мананников//Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. — 2004. — № 2–3. — С. 75.
9. Результаты одновременного рН- и ЭКГ-мониторирования у больных с кардиалгией/А. П. Погромов, А. Ю. Шишлов, А. А. Стрелухова и др./Клин. мед. — 2001. — № 5. — С. 20–24.
10. Рекомендации по ведению больных стабильной стенокардией/Американский колледж кардиологов/американская ассоциация сердца//Клинич. фармакол. и тер. — 1999. — Т. 8, № 6. — С. 19–26.
11. Сторонова, О. А. Эзофагогенные и коронарогенные боли в грудной клетке: проблемы дифференциальной диагностики/О. А. Сторонова, А. С. Трухманов, О. М. Драпкина и др./Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 2002. — № 1 — С. 68–72.
12. Таранченко, Ю. В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у больных ишемической болезнью сердца: автореф. дис.... канд. мед. наук: 14.00.05/Ю. В. Таранченко. — М., 2003. — 25 с.
13. Шишлов, А. Ю. Одновременное рН- и ЭКГ-мониторирование при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и ишемической болезни сердца/А. Ю. Шишлов, М. А. Дымшиц//Актуальные вопросы внутренней медицины и педагогики. — М.: Изд. дом «Русский врач», 2000. — С. 132–136.