

Е. С. Галимова

## Особенности диагностики и лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни при сочетании ее с другой патологией

Башкирский государственный медицинский университет  
450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3, тел.: (3472) 72-41-73

Изложены результаты комплексного клинического обследования и лечения больных с кардиалгиями. Выявлены особенности диагностики и лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни при сочетании ее с другой патологией. Предложены реабилитационные мероприятия.

*Ключевые слова:* диагностика, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, патология, анамнез, желудочно-пищевой рефлюкс, эзофагит, стенокардия, реабилитация.

За последние годы возрастает интерес клиницистов разных специальностей к изучению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), сопровождающейся рефлюкс-эзофагитом (РЭ). Всевозрастающая актуальность проблемы данной патологии во всем мире определяется, прежде всего, ее широкой распространенностью среди населения. В настоящее время ГЭРБ является одной из наиболее распространенных патологий европейских стран и США <sup>4, 5, 7</sup>. Возникающие у пациентов при ГЭРБ кардиалгии нередко вызывают большие затруднения для клиницистов, что связано, с одной стороны, со сложностью проблемы дифференциальной диагностики кардиалгий, а с другой стороны, с недостаточной изученностью взаимоотношений ГЭРБ и ишемической болезнью сердца (ИБС) <sup>1-3, 6</sup>. Достижения медицинской техники способствовали разработке новых способов диагностики, а появление новых медицинских препаратов — улучшению лечения пациентов с ГЭРБ, протекающей на фоне патологии органов сердечно-сосудистой системы. В то же время в литературе продолжается дискуссия по ряду нерешенных вопросов, таких, как выбор оптимального метода диагностики, последовательности и объема диагностических исследований, определение рациональной лечебной тактики при данной патологии.

### **Материал и методы исследования**

В основу настоящего исследования положен анализ результатов комплексного клинического обследования и лечения 142 больных с кардиалгиями. В анализируемом нами клиническом материале с указанной патологией наблюдалось абсолютное преобладание женщин — 84 (59.2%), мужчин было всего 58 (40.8%). Средний возраст больных этой группы составил  $56.5 \pm 5.5$  года. Сочетание ГЭРБ с ИБС, по нашим данным, отмечалось у 14.9% больных рефлюкс-эзофагитом, проходивших клиничко-эндоскопическое обследование в ГКБ №21 г. Уфы за последние 5 лет. Все обследованные нами пациенты были разделены на две группы. Основную группу составили 98 больных, у которых проведенное клиничко-инструментальное обследование подтвердило наличие как ГЭРБ, так и ИБС. Основная группа условно была подразделена на 3 подгруппы: первая (39 наблюдений) — больше, у которых выявилась отчетливая связь болевого синдрома с ГЭРБ; вторая (25 наблюдений) — больше, у которых болевой синдром был связан с ИБС; третья (34 наблюдения) — больше, у которых болевой синдром был обусловлен в равной степени как ГЭРБ, так и ИБС. У 44 пациентов с кардиалгиями, которые составили контрольную группу, в результате обследования как ГЭРБ, так и ИБС были исключены. Этиология загрудинных «псевдоэзофагокардиальных» болей у этих больных, как правило, была связана с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника, заболеваниями бронхов и легких.

В соответствии с поставленными задачами исследования в клинике, наряду с изучением симптомов заболевания и анамнеза, был использован комплекс клиничко-лабораторных и инструментальных диагностических тестов. Среди методов инструментального обследования желудочно-кишечного тракта применялись рентгенологические методы (рентгеноскопия, рентгенконтрастная тракционная

Дата поступления 01.04.06

рентгенбаллонография). Фиброэндоскопию осуществляли гибкими фиброэндоскопами GIF-Q30 фирмы Olympus. У 53 пациентов проведено гистологическое и цитологическое исследование биоптатов и мазков-отпечатков, взятых при эндоскопии. Исследование кислотообразующей функции желудка проводили аспирационно-титрационным способом и методом внутрижелудочной рН-метрии с помощью двухэлектродных рН-зондов и ацидогастрометра АГМ-1001М. Моторно-эвакуаторную функцию желудка оценивали по результатам исследования внутриполостного давления методом «открытых» катетеров и электрогастрографии с использованием аппарата ЭГСМ-4. Изучение функционального состояния сердечно-сосудистой системы проводилось с использованием инструментальных методов исследования: электро- и фонокардиографии, эхокардиографии и доплерэхокардиографии, коронарокардиографии. Было проанализировано 168 электрокардиограмм, 11 фонокардиограмм, 47 результатов эхокардиографии, 18 доплерэхокардиограмм и коронарокардиограмм. Кроме того, изучено 39 протоколов 24-часового мониторирования ЭКГ, 18 результатов суточного мониторирования АД. Лабораторные методы исследования включали анализ периферической крови с изучением ее морфологии, системы гемостаза по общепринятым методикам. Всем пациентам проведено комплексное лечение с применением разработанных методов терапии, направленной на санацию патологического очага в кардии и сочетанной сердечно-сосудистой патологии. У всех пациентов изучены ближайшие, а у 34 — отдаленные результаты в сроки наблюдения до 5 лет.

## Результаты и их обсуждение

Результаты изучения клинической картины, представленные в табл. 1, свидетельствуют, что частота и степень выраженности симптоматики ГЭРБ в комбинации с заболеваниями органов сердечно-сосудистой системы в клинических группах была разной.

Наиболее постоянными признаками ГЭРБ, сочетанной с ИБС, по нашим данным, являются боли. По своей интенсивности боли носили различный характер — от умеренных болей, как правило, связанных с приемом пищи (наступали сразу после еды), до резких, жгучих, невыносимых, возникающих обычно при физической либо психоэмоциональной нагрузке. Последний характер болевого синдрома нередко делает затруднительной дифференциальную диагностику болезни с кардиологической патологией. Для того, чтобы разобраться с тем, что же обуславливает болевой синдром при сочетании ГЭРБ с ИБС, нами у 12 пациентов с постоянными «кардиалгиями» при нагрузке, в наклонном положении тела и имеющими неубедительные электрокардиографические признаки ИБС проведена оригинальная дифференциально-диагностическая проба (Рационализаторское предложение БГМУ №1430). Больным устанавливался двухпросветный назогастральный зонд, снабженный датчиком для измерения внутрипищеводного рН. В горизонтальном положении больного в просвет зонда капельно вводился сначала нейтральный раствор, а затем 0.1N раствор соляной кислоты, который через дистальный конец зонда попадал в терминальный отдел пищевода. При этом все обследуемые

Таблица 1

### Характер частота клинических проявлений заболевания у пациентов с кардиалгиями

Клиническое проявление	Частота общая	Частота в различных группах			Контроль
		1 группа	2 группа	3 группа	
Боли в грудной клетке слева, за грудиной	142	39	25	34	44
в животе, подреберье	76	23	10	19	24
в других областях	48	13	8	10	17
при физической нагрузке	129	34	25	31	39
в покое	102	25	23	25	29
Изжога	112	35	18	31	28
Диспепсия (в виде отрыжки, тошноты, рвоты)	88	25	18	25	20
Сердцебиение	57	13	15	13	16
Кашель	45	12	9	11	13
Неврологические нарушения	41	10	9	10	12
Анемия и кровотечение	39	15	7	11	6
Всего больных	142	39	25	34	44

отмечали появление типичных «сердечных» болей в грудной клетке. Проводимая параллельно электрокардиография лишь в 1 случае зафиксировала изменение исходной кардиограммы, что позволило нам сделать вывод о «пищеводном» генезе кардиалгий у данных пациентов. К числу наиболее часто встречающихся и упорных проявлений РЭ следует отнести изжогу, чувство жжения за грудиной, отмеченные нами у 112 пациентов (78.87%), несколько реже отмечалась отрыжка, другие диспептические явления (61.97%) (обычно в виде срыгивания и регургитации, тошноты). Указанные диспептические симптомы наиболее часто отмечались у пациентов с осложненным течением РЭ. Если по клиническим признакам не удастся уточнить характер болей, у пациента необходимо в первую очередь исключить ИБС. Для этого нами выяснялись наличие факторов риска ИБС, признаки поражения сердечно-сосудистой системы (гипертрофия левого желудочка, изменение тонов сердца, шумы). Для этого использовали инструментальные методы диагностики ИБС (с точное мониторирование ЭКГ, велоэргометрию, эхокардиографию, коронарографию).

Смещение кардии в заднее средостение, наличие скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы рентгенологически установлено у 72 (50.7%), желудочно-пищеводный рефлюкс — у 99 (69.72%), эзофагит — у 98 (69.1%). Желудочно-пищеводный рефлюкс рН-метрическим методом выявлен у 98 пациентов (69.1%). Эндоскопические признаки недостаточности замыкательной функции пищеводно-желудочного перехода в виде нарушения смыкания «розетки» кардии выявлены у 102 больных кардиалгиями (71.83%). Желудочно-пищеводный рефлюкс во время исследования обнаружен у 99 пациентов (69.72%). Рефлюкс-эзофагит, обусловленный недостаточностью пищеводно-желудочного перехода, верифицирован эндоскопически у 98 больных (69.01%). Данные наших наблюдений свидетельствуют о том, что наиболее часто грубые морфологические изменения слизистой, обусловленные рефлюкс-эзофагитом, отмечаются у пациентов с сопутствующими осложненными формами ИБС, на их долю приходится 88.8% осложненных форм коронарной патологии, причем указанным сочетаниям свойственны наиболее глубокие патоморфологические изменения пищевода. Полученные результаты подтверждают взаимоотягощающее воздействие ИБС и рефлюкс-эзофагита. Особый интерес представляет одновременное

проведение холтеровского мониторирования и часовой внутрипищеводной рН-метрии у 27 пациентов 3-й клинической группы. При этом у 22 пациентов (81%) выявлены как значительное количество эпизодов рефлюкса (снижение внутрипищеводной рН ниже 4 занимали более 10% времени исследования), так и ишемические изменения на ЭКГ (отмечались одновременные эпизоды депрессии сегмента ST на ЭКГ более чем 2 мм разной степени длительности). У 2 больных имелись эпизоды увеличения частоты рефлюксов, предшествующих на 10–15 мин изменениям на ЭКГ, а в одном из этих случаев возникали наджелудочковые экстрасистолы во время увеличения частоты рефлюксов. У одного пациента во время учащения рефлюксов наблюдалось увеличение количества экстрасистол и отдельные пробежки наджелудочковых тахикардий. После проведенного курса терапии прокинетиками при повторном исследовании количество гастроэзофагеальных рефлюксов значительно сократилось, отмечено исчезновение наджелудочковых экстрасистол. У 5 пациентов при однотипной клинической картине регистрировались эпизоды гастроэзофагеального рефлюкса и изменения на ЭКГ, не связанные друг с другом во времени. Таким образом, использованный в исследовании метод одновременного часового рН-метрического и холтеровского ЭКГ-мониторирования расширяет возможности в понимании кардиалгий, их причин и условий возникновения. В части случаев удастся проводить диагностику между ГЭРБ и ИБС, а также констатировать их сочетание. Можно полагать, что иногда рефлюксы при ГЭРБ служат триггерным механизмом возникновения приступов стенокардии.

Направленность медикаментозной терапии определялась несколькими задачами. Решение первой из них подразумевало назначение препаратов, нормализующих деятельность пищеварительного тракта. Для этой цели наиболее широко использовались прокинетики: мотилиум (метоклопрамид, реглан, церукал). Его назначали по 0.01 г 3 раза в день за 0.5 ч до еды и на ночь. Задаче снижения повреждающих свойств желудочного содержимого отвечало применение антисекреторных средств и антацидов (H<sub>2</sub> — блокаторы, М — холинолитики (циметидин по 400 мг, ранитидин по 150–300 мг утром и на ночь), блокаторы протонной помпы обкладочных клеток (омепразол по 40 мг). При определении терапевтического воздействия на сопутствующую ГЭРБ

патологию сердечно-сосудистой системы безусловно учитывалась нозологическая форма стенокардии. Медикаментозная программа ХИБС включала назначение нитратов,  $\beta$ -адреноблокаторов и блокаторов медленных кальциевых каналов. Учитывая доказанное негативное влияние нитратов и  $\beta$ -адреноблокаторов на тонус нижнего пищеводного сфинктера, предпочтение в лечении сочетания ГЭРБ и ХИБС отдавалось блокаторам медленных кальциевых каналов. Обычно использовался ретардированный нифедипин в дозе 30–90 мг 1 раз в сутки. В ряде случаев назначались антиагреганты.

С целью сокращения сроков эпителизации рубцово-язвенных дефектов и предупреждения рубцово-язвенных осложнений нами предложены оригинальные способы. Применение комплексной терапии, включающей назначение антиоксидантных препаратов в сочетании с эндоскопическими методами ускорения сроков эпителизации эрозий и язв пищевода (патент РФ на изобретение №2189822) в ранние сроки после начатого лечения в стационаре, статистически достоверно ( $P < 0.05$ ) улучшают показатели всех проведенных эндоманометрических диагностических тестов, характеризующих состояние физиологической кардии.

Предложенный нами комплекс реабилитационных мероприятий предусматривает следующую последовательность. Первый этап госпитальный, он начинался с первого дня нахождения пациента в стационаре. Принципы консервативной терапии подробно описаны выше. Второй этап реабилитации больных с сочетанием рефлюкс-эзофагита и ХИБС после выписки пациентов из стационара проводился в условиях поликлиники (77 пациентов) или санатория (22 пациента). Комплекс реабилитационных мероприятий на данном этапе, продолжительностью от 12 до 24 дня, включал санаторный режим, диетическое питание, питьевые минеральные воды, грязе- и бальнеолечение, физиотерапевтические процедуры, лечебную гимнастику. Оценка эффективности разработанных лечебно-реабилитационных мероприятий основывалась на динамическом наблюдении за больными с учетом их общего состояния, жалоб, данных клинико-инструментальных и лабораторных исследований. Оценку проводили по четырехбальной системе на основании данных клинико-инструментального обследования. Результат считали отличным, когда полностью отсутствовала клиническая картина заболевания. Хорошие

результаты характеризовались тем, что больные предъявляли какие-либо жалобы на периодически возникающие кардиалгии, симптомы желудочного дискомфорта и расстройства пищеварения легкой степени, но при контрольном обследовании патологических изменений со стороны органов брюшной полости и сердечно-сосудистой системы у них не выявлялось. Отличные и хорошие результаты получены соответственно у 31 (31.64%) и 47 (47.95%) пациентов, все они сохраняют трудоспособность, не нуждаются в постоянном приеме медикаментов. Группу с удовлетворительными результатами составили 17 (17.35%) больных, которые после проведенных медико-реабилитационных мероприятий отмечали улучшение состояния, но у которых оставались те или иные нарушения, подтвержденные объективными методами исследования, не требующие стационарного или интенсивного амбулаторного лечения. Указанные нарушения не оказывали существенного влияния на трудоспособность, восстановленную после лечения. Неудовлетворительный результат отмечен у 3 (3.06%) больных, у которых реабилитационные мероприятия не принесли существенного улучшения самочувствия (у двух сохранился выраженный болевой абдоминальный синдром на фоне периодического обострения ИБС; у первого развился острый инфаркт миокарда), по поводу чего пациенты нуждаются в стационарном или постоянном амбулаторном лечении.

### **Заключение**

Сочетание ГЭРБ с ИБС отмечается у 14.9% больных рефлюкс-эзофагитом, прошедших клинико-эндоскопическое обследование, причем процессы, усугубляющие течение ИБС, увеличивают степень выраженности сопутствующего рефлюкс-эзофагита. Распознавание причины ангиоподобных болей нередко представляет большие трудности. Их можно объяснить гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, если последняя подтверждается данными инструментального (рентгенэндоскопического, морфологического и рН-метрического обследования). При этом дифференциально-диагностический поиск у пациентов с кардиалгиями должен быть в первую очередь направлен на исключение ишемической болезни сердца. Лечение пациентов, имеющих сочетание ГЭРБ с ИБС, должно быть направлено как на коррекцию патологии сердца

и сосудов, так и на купирование воспалительных изменений слизистой пищевода, устранение причин их возникновения, нарушений моторики пищевода. Таким образом, предложенная лечебная тактика и реабилитационные мероприятия являются перспективным направлением в гастроэнтерологии и кардиологии и обеспечивают высокую медико-социальную и экономическую эффективность.

#### Литература

1. Алексеева О. П. // Рос. ж. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.—2001.— №6.— С. 81.
2. Васильев Ю. В. // Consilium Medicum.— 2002.— Т.4, №3.— С. 8.
3. Голочевская В. С. // Рос. ж. гастроэнтерол. гепатолог. колопроктолог.— 2001.— №3.— С. 43.
4. Ивашкин В. Т., Трухманов А. С. Болезни пищевода. Патологическая физиология, клиника, диагностика, лечение.— М.: «Триада-Х», 2000.— 179 с.
5. Сторонова О. А., Трухманов А. С., Дранкина О. М., Ивашкин В. Т. // Рос. ж. гастроэнтеролог. гепатолог. колопроктолог.— 2002.— Т.12, №4.— С. 68.
6. Castell D. O., Katz P. O. //Gastroenterol.— 1998.— V. 115, №1.— P. 222.
7. Tytgat G. N. J., Janssens J., Reynolds J., Wienbeck M. // Eur J. Gastroenterol Hepatol.— 1996.— V.8.— P. 603.