

РАЗДЕЛ III. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

УДК 616.329/.33-008.17:616.12-005.4-036.2

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАННОГО ТЕЧЕНИЯ
ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ
И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦАС.И. Зверева, Е.Ю. Еремина, Е.А. Рябова,
ГОУ ВПО «Мордовский государственный университет», г. Саранск

Зверева Светлана Ивановна – e-mail: svzvereva@mail.ru

Особую актуальность имеет проблема сочетания гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и ишемической болезни сердца (ИБС) у одного больного. Обследовано 235 человек в возрасте от 43 до 86 лет, страдающих хроническими формами ИБС. В ходе исследования признаки ГЭРБ выявлены у 14,9% больных ИБС. Отмечено, что сочетание у пациентов ГЭРБ и ИБС приводит к взаимному усилению и трансформации клинических проявлений заболеваний, что необходимо учитывать при обследовании и лечении такой категории больных.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, ишемическая болезнь сердца, клинические проявления.

The question of the combination of the gastro esophageal reflux disease (GERD) with the coronary heart disease of the same patient has the particular applicability. The study includes 235 patients aged 43-86 having the chronic form of the coronary heart disease. During the study it was found out that 14,9% of the coronary heart disease have the signs of the GERD. It is noted that the combination of the GERD and coronary heart disease causes the mutual increase of the clinical manifestations of the diseases and their transformation. It is important to consider this fact when such patients are being examined and treated.

Keywords: gastro esophageal reflux disease, coronary heart disease, clinical manifestations.

Практическим врачам нередко приходится лечить больных с сочетанием нескольких заболеваний и синдромов. Такие ситуации встречаются часто, что обусловлено высокой распространенностью заболеваний и их тесными патогенетическими взаимосвязями. Сочетанная патология создает новую клиническую ситуацию, требующую учета ее особенностей при выборе лекарственных средств. Исследования особенностей диагностики и лечения сочетанной патологии проведено мало. В этой связи сочетанные заболевания представляют практически важную и мало изученную область медицины.

На протяжении многих лет неизменный научный и практический интерес вызывала связь заболеваний органов пищеварения и сердечно-сосудистой системы. Одной из самых частых клинических ситуаций является сочетание ишемической болезни сердца (ИБС) и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), особенно у лиц пожилого возраста. Распространенность обеих нозологических форм сопоставима, при этом установлено, что у больных ИБС поражение гастроэзофагеальной зоны встречается в 35% случаев [1].

Известно, что многие заболевания имеют сходные клинические проявления, затрудняющие своевременную постановку диагноза. Не являются исключением боль за грудиной, характерная для ИБС и кардиальных проявлений ГЭРБ. Последние могут быть в виде болей в груди, не связанных с ИБС (так называемые некардиальные боли в груди – non cardiac chest pain) и нарушениями ритма и проводимости сердца. Обращает на себя внимание высокая частота (37%) выявления симптома боли за грудиной, не связанной с заболеваниями сердца (респонденты отмечали появление этих болей после приема пищи, изменения положения тела и отрицали зависимость от физической нагрузки) [2].

Боль за грудиной всегда вызывает повышенную настороженность и, в соответствии со сформировавшимся стереоти-

пом, расценивается чаще всего как стенокардитическая. Вместе с тем, как показывают многочисленные исследования, эти боли почти у трети пациентов имеют не кардиальное происхождение, а связаны с патологией пищевода, в подавляющем большинстве – с ГЭРБ. В большинстве исследований, в которых изучалась патология пищевода при ИБС, основное внимание уделялось вопросам дифференциальной диагностики болевого синдрома в груди [1, 3–7].

Исследований, посвященных частоте и особенностям сочетанного течения ИБС и ГЭРБ, их влиянию друг на друга, недостаточно. Это обуславливает известные трудности в ходе дифференциально-диагностического процесса и выборе терапевтической тактики. В этой связи **целью исследования** явилось изучение распространенности и особенностей течения ГЭРБ у больных ИБС.

Материал и методы

Проведено обследование пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении у кардиологов в поликлиниках г. Саранска с использованием переведенной на русский язык и культурально адаптированной анкеты Клиники Мэйо, в которой учитывались пол, возраст, наличие за последний год изжоги, ее частота и интенсивность, наличие болей в подложечной области, ощущения кислоты и горечи в горле, срыгивания пищей, жжения за грудиной, боли за грудиной, связь их с физическим и/или эмоциональным напряжением, с приемом пищи и/или изменением положения тела, наличие расстройства глотания, боли при глотании, тяжесть и дискомфорт в подложечной области, наличие отрыжки воздухом, тошноты, рвоты, икоты.

Критерий включения в исследование – хронические формы ИБС в анамнезе. Критерии исключения: язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки, склеродермия, кардиоспазм и ахалазия кардии, 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.

До начала исследования все пациенты были информированы о его целях и задачах, конфиденциальности полученной информации. Получено информированное согласие пациентов на проведение исследования и разрешения локального этического комитета.

Согласно последнему Монреальскому соглашению (2006 г.) основным критерием ГЭРБ считалась изжога и/или регургитация с частотой один раз и более в неделю на протяжении последнего года. [8].

Математико-статистическая обработка данных проводилась с помощью программ Microsoft Office Acces, Microsoft Excel и Statistika-6 for Windows'96.

В исследовании принимали участие 235 человек, больных ИБС, в возрасте от 43 до 86 лет (средний возраст $61,9 \pm 6,2$ года), из них 113 женщин (средний возраст – $62,6 \pm 7,6$ лет) и 122 мужчин (средний возраст – $61,3 \pm 4,9$ лет) (таблица 1).

ТАБЛИЦА 1.
Половозрастная характеристика респондентов

Возрастные группы	Мужчины		Женщины		Всего		Средний возраст
	n	%	n	%	n	%	
40-49 лет	2	28,6	5	71,4	7	3	$47 \pm 1,3$
50-59 лет	56	58,5	40	41,5	96	40,8	$56 \pm 2,9$
60-69 лет	52	55,3	42	44,7	94	40	$64,1 \pm 4,3$
70-79 лет	12	36,3	21	63,7	33	14	$73,9 \pm 3,5$
Старше 80 лет	0	0	5	100	5	2,2	83 ± 0
Всего	122	51,2	113	48,8	235	100	
Средний возраст	$61,3 \pm 4,9$		$62,6 \pm 7,6$		$61,9 \pm 6,3$		

Анализ результатов опроса показал, что жалобы на изжогу различной частоты и интенсивности в течение последнего года предъявляли 89 человек, что составляет 37,8% от общего числа исследуемых. Среди них были 33 (29,2%) и 56 мужчин (45,9%).

Частота основного симптома ГЭРБ – изжоги – оценивалась следующим образом: редкой считалась изжога, беспокоящая реже, чем 1 раз в месяц, 1 раз в месяц и несколько раз в месяц. Частой, диагностически значимой, считалась изжога, беспокоящая 1 раз в неделю, несколько раз в неделю и каждый день. На рисунке 1 представлена распространенность изжоги с разной частотой среди всех опрошенных больных ИБС.

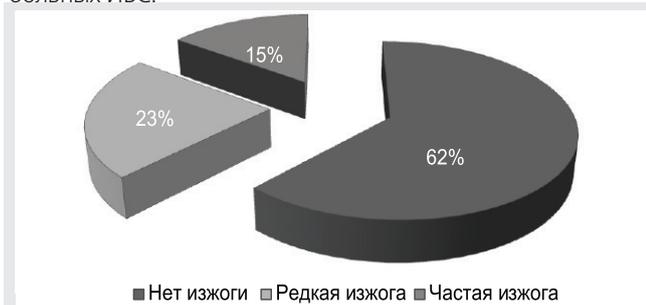


РИС. 1.
Распространенность изжоги с разной частотой среди больных ИБС.

Изжога с частотой раз в неделю и чаще (эквивалент ГЭРБ), несколько раз в неделю и каждый день была выявлена у 35

больных ИБС (14,9%), из них 21 мужчина и 14 женщин, что составляет 17,2% и 12,4% соответственно, причем достоверной разницы встречаемости частой изжоги между мужчинами и женщинами не выявлено. При эндоскопическом исследовании пищевода у пациентов с признаками ГЭРБ (n=35) катаральный эзофагит выявлен у 7 человек (20%), эрозивный эзофагит – у 2 человек (5,7%). Пациентам с отсутствием видимых изменений слизистой оболочки пищевода (n=26) проведено суточное мониторирование pH в пищеводе. При этом у всех пациентов выявлены патологические гастроэзофагеальные рефлюксы (ГЭР): у 9 человек (34,6%) регистрировались только кислые ГЭР, у 12 человек (46,2%) – смешанные ГЭР и у 5 человек (19,2%) – только щелочные ГЭР.

Пациенты в возрастных группах 40–49 лет и старше 80 лет на частую изжогу не жаловались. Признаки ГЭРБ обнаружены у 19 человек (19,8%) в возрасте 50–59 лет, в возрастной группе 60–69 лет – у 14 пациентов (15%), в возрасте 70–79 лет – у 2 пациентов (7,1%). При сопоставлении с данными, полученными при проведении многоцентрового эпидемиологического исследования распространенности гастроэзофагельной рефлюксной болезни (МЭГРЭ) по г. Саранску оказалось, что признаки ГЭРБ чаще встречаются среди больных ИБС [2]. Развитие и прогрессирование ГЭРБ у больных ИБС, особенно в пожилом возрасте, связано с микроциркуляторными нарушениями, которые приводят к сдвигу тканевого кислотно-щелочного баланса, нарушению прочности эпителиального пласта – важнейшего фактора защиты пищевода от агрессивного воздействия рефлюксированного желудочного содержимого. Нитраты и антагонисты кальция, используемые в качестве антиангинальной терапии при ИБС, оказывают расслабляющее воздействие на гладкую мускулатуру нижней трети пищевода, что приводит к увеличению числа и продолжительности рефлюксов [9].

Известно, что качество жизни пациентом при многих заболеваниях в том числе при ГЭРБ и ИБС во многом зависит не только от частоты возникновения симптомов, но и от их выраженности. Интенсивность изжоги у больных ИБС в признаками ГЭРБ оценивалась следующим образом: «слегка» – не обращали внимания, если не напомним; «средне» – беспокоит, но не мешает в повседневной жизни; «сильно» – иногда мешает в повседневной жизни; «очень сильно» – часто мешает в повседневной жизни.

Результаты исследования

По результатам опроса, в подавляющем большинстве случаев изжога у больных ИБС с признаками ГЭРБ изжога средней и легкой интенсивности встречалась в 21% и 15,8% случаев соответственно. Более часто у них была изжога сильной интенсивности (52,6%) и очень высокой интенсивности (10,8%), которая значительно снижала качество жизни респондентов.

Сопоставление степени выраженности изжоги среди больных с ИБС с признаками ГЭРБ и без таковых показало, что изжога небольшой интенсивности чаще (в 50% случаев) встречается у больных ИБС без признаков ГЭРБ ($p < 0,05$). В случае сочетания этих заболеваний пациенты чаще жалуются на очень сильную изжогу случаев (в 10,8%) по сравнению с пациентами страдающих только ИБС ($p < 0,05$). Данное обстоятельство может быть связано с отягощающим влиянием ИБС на течение ГЭРБ в результате увеличения числа патологических ГЭР и ослабления антирефлюксных механизмов [9].

Кроме кардинального симптома – изжоги – у больных с сочетанным течением ГЭРБ и ИБС изучалась распространенность других симптомов, характерных для ГЭРБ: ощущение кислоты в горле, отрыжка, срыгивание пищей, одинофагия, боль за грудиной, боль и/или тяжесть в эпигастрии и др.

На 2-м месте по частоте, после изжоги, было ощущение кислоты во рту, которое отмечали 28 респондентов (80%). На отрыжку жаловались 12 респондентов (34,3%), на дисфагию – 5 человек (14,3%), на боли и/или тяжесть в эпигастриальной области отмечали 16 человек (45,7%). По результатам ранее проведенного нами (в рамках МЭГРЕ) исследования у респондентов, с признаками ГЭРБ такие симптомы как ощущение кислоты во рту и отрыжка встречались реже: в 51,7 и 25,1% случаев соответственно, а дисфагия и боли и/или тяжесть в эпигастриальной области: чаще в 20% и 55% случаев [2]. Приведенные данные также свидетельствуют о трансформации и утяжелении клинической симптоматики у больных с сочетанием ГЭРБ и ИБС.

Несмотря на часто беспокоящие симптомы ГЭРБ, за медицинской помощью по поводу них обратились только 31,6% больных ИБС с сочетанием, в то время как в целом в г. Саранске к врачу с жалобами на изжогу обращались 45% [2]. Зачастую это было связано с тем, что респонденты доминирующими считали симптомы, обусловленные ишемией миокарда (боли за грудиной, одышку, сердцебиение и др.), а изжогу, регургитацию, отрыжку и т. п. расценивали как несущественные.

При анализе распространенности симптомов ГЭРБ выявлено, что с возрастом достоверно ($p < 0,05$) повышается частота таких симптомов, как отрыжка, ощущение кислоты в полости рта (рис. 2). Вероятно, это связано с тем, что препараты, используемые при лечении больных ИБС, способствуют увеличению числа и продолжительности гастроэзофагеальных рефлюксов.

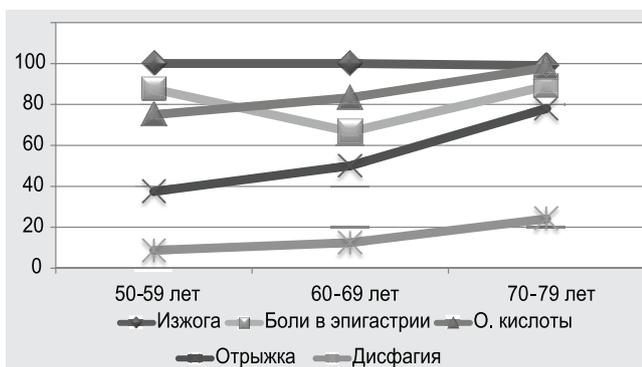


РИС. 2. Распространенность симптомов ГЭРБ у больных ИБС (%).

Все опрошенные пациенты предъявляли жалобы на загрудинные боли. При опросе выявлялись факторы, провоцирующие появление боли за грудиной (таблица 2). Причем пациенты с сочетанием ГЭРБ и ИБС достоверно чаще связывали появление загрудинной боли одновременно с физической нагрузкой и приемом пищи и/или изменением положения тела (таблица 2), в то время, как респонденты с изолированной ИБС достоверно чаще в качестве причины указывали какой-либо один из этих факторов.

ТАБЛИЦА 2. Причины возникновения загрудинной боли у больных ИБС

Причины появления боли	ИБС		ИБС+ГЭРБ		χ^2	p
	N	%	N	%		
Физическая нагрузка	119	59,5	2	6,7	16,52	0
Прием пищи и/или изменени положения тела	56	28	7	13,3	8,26	0
Сочетание этих факторов	25	12,8	26	73,3	66,6	0,00

Интенсивность ретростеральной боли у больных ИБС оценивалась следующим таким же образом, как и интенсивность изжоги (таблица 3).

ТАБЛИЦА 3. Интенсивность загрудинной боли у больных ИБС

Интенсивность боли	ИБС		ИБС+ГЭРБ		χ^2	p
	N	%	N	%		
Слегка	10	5	1	3,4	0,31	0,58
Средне	108	53,7	8	21,5	11,56	0
Сильно	59	29,7	16	47,3	3,6	0,06
Очень сильно	23	11,6	10	28,2	6,4	0,01

Среди пациентов, у которых признаки ГЭРБ отсутствуют, загрудинная боль преимущественно средней интенсивности (53,7%), в то время как больные, страдающие ГЭРБ и ИБС, отмечали сильную (47,3%) и очень сильную интенсивность боли (28,2%), что свидетельствует об отягощающем влиянии патологических гастроэзофагеальных рефлюксов на течение ИБС. Частота возникновения боли за грудиной у больных с сочетанием ГЭРБ и ИБС также была выше, чем у больных с изолированной ИБС (рис. 3).

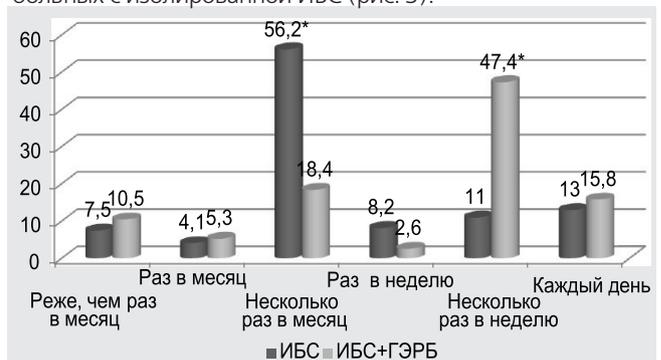


РИС. 3. Частота возникновения загрудинной боли среди больных ИБС (%). * $p < 0,05$ между больными изолированной ИБС и ИБС+ГЭРБ.

Выводы

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о том, что у больных с сочетанным течением ГЭРБ и ИБС имеет место не простая сумма симптомов, характерных для каждого заболевания в отдельности, а об их взаимном влиянии и отягощении друг друга. Особенности сочетанного течения ИБС и ГЭРБ необходимо учитывать при диагностике и лечения таких пациентов. Наличие у больных ИБС частой изжоги свидетельствует о необходимости проведения обследования в соответствии со стандартами обследования больных с ГЭРБ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сторонова О.А., Трухманов А.С., Драпкина О.М., Ивашкин В.Т. Эзофагогенные и коронарогенные боли в грудной клетке: проблемы диффе-

рениальной диагностики. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2002. № 1. С. 68-72.

2. Еремина Е.Ю., Зверева С.И. Результаты многоцентрового эпидемиологического исследования распространенности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни по г. Саранску. Медицинский альманах. 2009. № 6. С. 53-56.

3. Алексеева О.П. Эндоскопически негативная гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь как причина болей в левой половине груди: дифференциальная диагностика с ишемической болезнью сердца. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2001. № 6. С. 81-84.

4. Голочевская В.С. Пищеводные боли: умеем ли мы их распознавать? Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2001. № 3. С. 43-46.

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. Ставрополь. 2002. 137 с.

6. Калюжин В.В. Стенокардиоподобная роль эзофагеального происхождения. Сибирский журнал гастроэнтерологии и гепатологии. 1998. № 6. С. 274-276.

7. Погромов А.П., Шишлов А.Ю., Стремоухов А.А. и др. Результаты одновременного рН- и ЭКГ-мониторирования у больных с кардиалгией. Клиническая медицина. 2001. № 5. С. 20-24.

8. Vakil N. The Montreal Definition and Classification of Gastroesophageal Reflux Disease: A Global Evidence-Based Consensus. Am. J. Gastroenterol. 2006. Vol. 101. P. 1900-1920.

9. Козлова И.В., Логинов С.В., Шварц Ю.Г. Особенности клинического течения и некоторые электрофизиологические характеристики миокарда у пациентов с сочетанием гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и ишемической болезни сердца. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2003. № 2. С. 37-39.