

УДК: 616.3-008-06:056.52

Особенности фармакотерапии ишемической болезни сердца на фоне гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у лиц пожилого возраста

Н.А. Мырзабаева, С.Г. Садыкова, Г.Р. Адилжан, Г.М. Гуламова

Казахский Национальный медицинский университет
им. С.Д.Асфендиярова

Городской центр паллиативной помощи

Резюме. Представленный обзор литературы, в том числе с данными собственных исследований, посвящен сочетанию ИБС и ГЭРБ. Отмечены взаимоотяжеляющие влияния этих заболеваний на их течение: гастроэзофагеальный рефлюкс может способствовать развитию и прогрессированию стенокардии и появлению нарушений сердечного ритма, а фармакотерапия ИБС может спровоцировать гастроэзофагеальный рефлюкс. Рассмотрены стратегии ведения и терапии данной категории пациентов. **Ключевые слова:** ишемическая болезнь сердца, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, фармакотерапия, пожилой возраст.

В настоящее время проблемой современного пациента является полиморбидность - сочетание различных заболеваний, которые могут оказывать взаимовлияние на течение и клинические проявления. Разумеется, что с возрастом частота хронических и сопутствующих заболеваний возрастает, тем самым, вызывая определенные трудности в своевременной диагностике, тактике ведения данного контингента пациентов и соответственно выборе адекватной комплексной терапии.

Полиморбидность у пациентов старших возрастных групп может привести к опасности полипрагмазии и вызвать повышенную вероятность возрастания системных и нежелательных эффектов лекарственных препаратов [1].

Сочетание заболеваний сердечно-сосудистой и пищеварительной систем на сегодняшний день вызывает заметную заинтересованность исследователей. Это связано с широкой их распространенностью, в частности ишемической болезни сердца (ИБС) и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Так, проведенные в России эпидемиологические исследования констатируют, что у 40% пациентов с ИБС [2,3], имеются поражения гастроэзофагеальной зоны, а в 62,7% случаев у гастроэнтерологических больных встречаются сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы, где ИБС занимает не последнее место. В странах Европы и Северной Америки на 1 млн населения доводится примерно 30–40 тысяч больных ИБС [4]. По сведениям Фремингемского исследования, стенокардия напряжения в 40,7% наблюдениях является первым проявлением ИБС у лиц мужского пола и в 56,5% случаев – женского [4,5].

ИБС - несоответствие доставки кислорода коронарным кровотоком уровню его потребления миокардом, зачастую является следствием коронарной болезни сердца, которая имеет периоды стабильного течения и обострения. Клинические проявления ИБС, как правило, это боли в области сердца или неприятные ощущения за грудиной, эквивалентом также может быть и изжога. Термин «изжога» подразумевает чувство жжения за грудиной, но является сложной трактовкой для пациента. При стенокардитической боли у пациентов с ИБС этот симптом часто ассоциируется с чувством жжения за грудиной [2,6].

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) тоже довольно распространенная патология в числе заболеваний органов пищеварения с развитием типичных симптомов поражения дистальной части пищевода вследствие повторяющегося заброса в пищевод желудочного содержимого. Эпидемиологические исследования, проведенные в странах Европы и Северной Америки, основанные на изучении частоты и интенсивности изжоги, показали, что симптомы ГЭРБ испытывают ежедневно 4-10% населения, еженедельно - 20-30%, ежемесячно - 50% [7,8]. В такой мере, за последние 20 лет распространенность ГЭРБ увеличилась почти в 3 раза и продолжает возрастать с частотой 5% в год [9,10]. В России распространенность ГЭРБ составляет 40-60%, причем у 45- 80% лиц с ГЭРБ обнаруживается эзофагит [9,10,11].

Последними международными рекомендациями (Монреальский консенсус) [6] ГЭРБ предложено рассматривать как самостоятельное заболевание, при котором рефлюкс содержимого желудка вызывает появление беспокоящих пациента симптомов, развитие осложнений и обострение сопутствующих заболеваний, в частности ИБС.

Известно, что боли в грудной клетке являются наиболее частой жалобой предъявляемой пациентами в клинической практике. Например, процент кардиальных проявлений ГЭРБ составляет от 20 до 60% случаев [8]. Клиническими проявлениями ГЭРБ помимо изжоги и регургитации могут быть и загрудинные боли, подобные болям при ИБС. Это связано с общностью иннервации органов средостения - сердца и пищевода [9]. Боли по ходу пищевода, за грудиной, могут ассоциироваться с коронарными болями, обозначаемыми симптомом «non-cardiac chest pain», которые возникают вследствие спазма пищевода, купируются нитратами, но не вызваны физической нагрузкой. Вследствие эзофагокардиального рефлекса также может появиться и аритмия [].

Поэтому изучение особенностей клинического течения ИБС в сочетании с ГЭРБ и поиск дифференцированных подходов к диагностике, тактики ведения и лечения данного контингента пациентов имеют большое научно-практическое значение.

Современная тактика в терапии сочетанных заболеваний это, прежде всего улучшение качества и прогноза жизни пациентов, профилактика осложнений, посредством купирования и контроля симптомов [].

Считается, что продолжительность терапии сочетанных патологий определяется строго индивидуально - при наличии внепищеводных

клинических проявлений ГЭРБ, антирефлюксные мероприятия должны быть более длительными [9].

Некоторые авторы рекомендуют учитывать возможность возникновения пищевода заброса на фоне приема нитратов, антагонистов кальция, сердечных гликозидов [] и подходить дифференцированно к терапии ИБС в сочетании с ГЭРБ в зависимости от степени тяжести рефлюкс-эзофагита. Используя традиционно антацидные, антисекреторные препараты, прокинетики [17,18], исследователи наблюдали устойчивость к терапии антисекреторными препаратами, отмечая, что боли полностью купируются через 3-4 недели лечения, а у пациентов ГЭРБ без ИБС - через 3-7 дней. У больных ИБС в сочетании с ГЭРБ увеличиваются сроки рубцевания эрозий и язв пищевода почти в 2 раза [].

Другие авторы [12,13] наиболее эффективными для контроля симптомов и лечения осложнений считают ингибиторы протонной помпы (ИПП), хотя они не оказывают быстрого действия на устранение симптомов. Их первый прием полностью купирует изжогу лишь в 30% случаев, причем у большинства пациентов с сочетанной патологией изжога и дискомфорт за грудиной в течение первых двух дней практически не уменьшаются. Это объясняется коротким периодом полураспада ИПП и относительно медленным купированием активной секреторной функции слизистой желудка [13, 14].

Мы также столкнулись с определенными трудностями при дифференциации болей за грудиной у лиц пожилого возраста и соотнесение их к одному из этих заболеваний. Учитывая, что от 35 до 50% пациентов с ИБС имеют рефлюкс-эзофагит той или иной степени выраженности (по данным некоторых авторов [3,8]). Тем не менее, различие симптомов ИБС и ГЭРБ необходимо с целью проведения своевременных конкретных лечебно-профилактических мероприятий.

Под нашим наблюдением находились 42 пациента с ИБС на фоне ГЭРБ, обратившихся в Городской центр паллиативной помощи. Диагноз стенокардии устанавливали на основании общепринятых клинических и инструментальных критериев в соответствии с современной классификацией ИБС (Комитет экспертов ВОЗ). Для характеристики тяжести стенокардии напряжения у обследованных использовали функциональную классификацию Канадской ассоциации кардиологов. Следует заметить, что у большинства пожилых пациентов были типичные ангинозные приступы во время физической нагрузки соответственно тому или иному функциональному классу (ФК) стенокардии, но у некоторых больных, помимо того, была выявлена значительная частота появления болей за грудиной, не связанных с физической нагрузкой. Также для некоторых пациентов была характерна связь их появления с эмоциональным напряжением (у 47,6%), в 35,7% случаев боли в груди появлялись при наклонах, в 16,7% - в положении лежа. Зависимость возникновения болей в грудной клетке от приема пищи отмечали 42,9% пациентов. Особое значение имело время появления этих болей. У 23,8% больных было характерно возникновение болевых ощущений за грудиной во время приема пищи или сразу после него (21,4%), у 21,5%, боли возникали приблизительно через 30

минут после приема пищи и позже. Некоторым пациентам для облегчения атипичных болей в груди было изменение ими положения тела, например выпрямление, после наклонов или переход в вертикальное положение из горизонтального (у 19,1%), а также прием воды или антацидов (у 16,7%). Для некоторых пациентов с ИБС была характерна атипичность болевого синдрома в грудной клетке с особенностями клинического течения. Позже у этих пациентов обнаруживались признаки гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Большинство пациентов с ИБС на фоне ГЭРБ жаловались на периодические давящие, жгучие боли (71,4%), ощущение жжения (57,2%), дискомфорта (59,5%) за грудиной, изжогу (62,0%), отрыжку воздухом (42,9%), периодические ноющие боли в эпигастральной области (40,5%), регургитацию (47,6%), избыточную саливацию во время сна (19,0%).

При умеренной физической нагрузке (подъем по лестнице) и нервно-эмоциональном напряжении пациенты отмечали неприятные ощущения в прекардиальной области, чувство нехватки воздуха, одышку. Как правило, в анамнезе пациенты с ИБС отмечали гастроэнтерологические заболевания (64,3%). У 52,4% пациентов наблюдались приступы стенокардии, спровоцированные патологическими рефлюксами, лишь у 26,2% он был связан с нестабильностью коронарного кровообращения.

Пациенты по-разному интерпретировали жжение за грудиной и изжогу. Со слов пациентов, у большинства (71,4%) из них возникало ощущение «жара в груди». Данный симптом расценивался ими как проявление стенокардии, что вынуждало их принимать все более высокие дозы нитратов. А ведь известно, что нитраты оказывают расслабляющее влияние на гладкую мускулатуру нижнего пищеводного сфинктера, а это увеличивает число и длительность рефлюксов.

Все-таки локализация болей, жжение за грудиной сложны как для трактовки, так и дифференциальной диагностики между ГЭРБ и ИБС, особенно у лиц пожилого возраста. К тому же и изменения на ЭКГ в виде смещения сегмента ST ниже изолинии или инверсии зубца T достаточно часто наблюдаются при ГЭРБ в сочетании ИБС.

Нами проводилось лечение ИПП 14 пациентам ИБС, III-IVФК стенокардии, у которых наблюдалась рефрактерность к антиангинальной терапии, в частности к бета-блокаторам, нитратам, у 9 – к ингибиторам АПФ, аспирину и статинам. Целью назначения ИПП было изучение влияния антисекреторной терапии на клинические проявления ИБС, стенокардии. Пациенты получали омепразол 40 мг в сутки в течение 4 недель. После приема омепразола наблюдалось некоторое урежение приступов стенокардии, снижение интенсивности болей за грудиной у 57,1% пациентов. К моменту выписки из стационара у 35,7% пациентов все же сохранялись основные клинические проявления гастроэзофагеальной патологии на фоне приема высоких доз ИПП. Наблюдения за этими пациентами в течение года после выписки из стационара подтверждали тяжесть сочетанной патологии и сложность их лечения.

Итак, выбор терапии для пациента с ИБС в сочетании с ГЭРБ должен базироваться, прежде всего, на принципах безопасности и предотвращения прогрессирования заболевания. Принимая во внимание наличие сопутствующей патологии и необходимости комплексной коррекции, выявленных нарушений, особые требования должны предъявляться к назначаемым медикаментозным средствам, учитывая межлекарственное взаимодействие, кумулятивные, побочные эффекты, переносимость, включая модификацию образа жизни.

Таким образом, представленные данные обследования и лечения, анализ результатов научных медицинских публикаций свидетельствуют, что сочетание ИБС и ГЭРБ обнаруживают взаимное утяжеление симптоматики с нарушениями ритма сердца.

С целью адекватного выбора медикаментозной терапии необходимо уточнять, в связи с чем вызвано чувство жжения за грудиной - эпизодами ишемии или ГЭР. Использование в терапии пожилых пациентов с ИБС на фоне ГЭРБ ингибиторов протонной помпы приводит к уменьшению клинических проявлений стенокардии.