

Н.А. МЫРЗАБАЕВА, С.Г. САДЫКОВА, Г.Р. АДИЛЖАН, Г.М. ГУЛАМОВА  
Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,  
Городской центр паллиативной помощи

### ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА ФОНЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

*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 прогрессированию стенокардии и возникновению нарушений сердечного ритма, а фармакотерапия ИБС может спровоцировать гастроэзофагеальный рефлюкс. Рассмотрены тактики 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 риску полипрагмазии и появлению нежелательных эффектов лекарственных препаратов.

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 [1,2], 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 [3,4]. По сведениям Фремингемского исследования, стенокардия напряжения в 40,7% наблюдениях является первым проявлением ИБС у лиц мужского пола и в 56,5% случаев – женского [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 стенокардической боли у пациентов с ИБС этот симптом часто ассоциируется с чувством жжения за грудиной [2,5].

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% [6,7]. В такой мере, за последние 20 лет распространенность ГЭРБ увеличилась почти в 3 раза и продолжает возрастать с частотой 5% в год [8,9]. В России распространенность ГЭРБ составляет 40-60%, причем у 45-80% лиц с ГЭРБ обнаруживается эзофагит [9,10,11].

Последними международными рекомендациями (Монреальский консенсус) [7] 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 [5,8,9]. 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 [12]. 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 [11,13].

Поэтому изучение особенностей клинического течения ИБС в сочетании с ГЭРБ и поиск дифференцированных подходов к диагностике, тактике 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 [10,14].

Считается, что продолжительность терапии сочетанных патологий определяется строго индивидуально - при наличии внепищеводных клинических проявлений ГЭРБ, антирефлюксные мероприятия должны быть более длительными [9,10,15].

Некоторые авторы рекомендуют учитывать возможность возникновения пищевода заброса на фоне приема нитратов, антагонистов кальция, сердечных гликозидов [13,14,16] и подходить дифференцированно к терапии ИБС в сочетании с ГЭРБ в зависимости от степени тяжести рефлюкс-эзофагита. Используя традиционно антацидные, антисекреторные препараты, прокинетики [15,17], 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 пациентов ИБС в сочетании с ГЭРБ увеличиваются сроки рубцевания эрозий и язв пищевода почти в 2 раза [10,18,19].

Другие авторы [18,20] 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.

Мы также столкнулись с определенными трудностями при дифференциации болей за грудиной у лиц пожилого возраста и соотношение 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 [9,10]). 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, в возрасте 60-83 лет (лиц мужского пола - 17, женского - 25) 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 (52,4%) отмечались 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, у 21,4%, 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 (57,1%), 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 (16,7%). 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 40,5% пациентов наблюдались приступы стенокардии, спровоцированные ГЭР, у 26,2% - 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. При анализе ЭКГ нарушения ритма сердечной деятельности были выявлены у 40,5% пациентов, у 38,1% наблюдалась депрессия сегмента ST, у 21,4% отмечались эпизоды желудочковых экстрасистол. 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 по данным многих авторов. Нами проводилось лечение ИПП 14 пациентам ИБС, II-III ФК стенокардии, у 8 - наблюдалась рефрактерность к антиангинальной терапии, в частности к бета-блокаторам, нитратам, у 6 - к ингибиторам АПФ, аспирину и статинам. Остальные пациенты (28) принимали стандартную терапию, включающую наряду с ИПП, антацидами, прокинетиками - антиангинальные препараты, бета-блокаторы, антагонисты ионов кальция, дезагреганты, гиполипидемические препараты, улучшающие метаболизм ишемизированного миокарда. Основанием назначения ИПП было изучение влияния антисекреторной терапии на клинические проявления ИБС, стенокардии. Пациенты получали париет (рабепразол) 40 мг в сутки в течение 4 недель. После приема париета наблюдалось некоторое урежение приступов стенокардии, снижение интенсивности болей за грудиной у 57,1% пациентов. На момент выписки из стационара у 42,9% пациентов все же сохранялись основные клинические проявления гастроэзофагеальной патологии на фоне приема высоких доз ИПП, что подтверждает 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. Для подтверждения диагноза ИБС и ГЭРБ необходимо проведение одновременного мониторинга ЭКГ и рН. С целью адекватного выбора медикаментозной терапии необходимо уточнить, 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.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Звенигородская Л.А., Таранченко Ю.В. Дифференциальная диагностика загрудинных болей при сочетании гастроэзофагеальной рефлюксной болезни с ишемической болезнью сердца // Consilium Medicum. - 2002. - № 2. - С. 3-4.
- 2 Ключев В. М., Ардашев В. Н., Брюховецкий А. Г., Михеев А. А. Ишемическая болезнь сердца. М.: «Медицина». 2004.
- 3 Braunwald E., Antman E.M., Beasley J.W. et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with unstable angina and non-ST-segment elevation myocardial infarction. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on the Management of Patients With Unstable Angina) // JACC. - 2000. - № 36. - P. 970-1062.
- 4 Talwar V., Wurm P., Bankart M. et al. Clinical Trial: Chest Pain Caused by Presumed Gastroesophageal Reflux in Coronary Artery Disease - Controlled Study of Lansoprazole vs. Placebo // Alimentary Pharmacology & Therapeutics. 2010.-V. 32. (2). - P. 191-199.
- 5 Алексеева О.П., Долбин И.В. Коронарный синдром X - одна из внепищеводных масок гастроэзофагеальной рефлюксной болезни? // Клин. перспективы гастроэнтерол., гепатол. - 2003. - № 6. - С. 33-36.
- 6 Dent J., El-Serag H.B. Wallander M.A. et. al. Epidemiology of Gastro-oesophageal Reflux Disease: A Systematic Review // Gut. - 2005. - Vol. 54. - P. 710-717.
- 7 Vakil N., Van Zanten S.V., Kahrilas P., Dent J., Jones R. and the Global Consensus Group. The Montréal Definition and Classification of Gastroesophageal Reflux Disease: A Global Evidence-based Consensus. // Am. J.Gastroenterol. - 2006. - Vol. 101. - P. 1900-1920.
- 8 Manterola C., Barroso M.S., Losada H., Murioz S., Vial M. Prevalence of esophageal disorders in patients with recurrent chest pain // Dis. Esophagus. - 2004. - V.17. - P. 285-291.
- 9 Ивашкин В.Т., Трухманов А.С. Современный подход к терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни во врачебной практике // Русский медицинский журнал. - 2003. - Т.5. - №2. - С. 43-48.
- 10 Маев И.В., Вьючнова Е.С., Щекина М.И. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь - болезнь XXI века // Лечащий врач. - 2004. - №4. - С. 10-14.
- 11 Kato H., Ishii T., Akimoto T. et al. Prevalence of linked angina and gastroesophageal reflux disease in general practice. World J Gastroenterol. 2009. V. 15. (14) - P. 1764-1768.
- 12 Manfredini O. Coronary spasm reflects inputs from adjacent esophageal system // Am J Physiol Heart Circ Physiol. - 2006. - V. 290. - P. 2085-2091.
- 13 Козлова И.В. Гастроэзофагеальный рефлюкс и степень эзофагита у больных ишемической болезнью сердца: влияние на показатели реполяризации миокарда и вариабельность сердечного ритма / И.В. Козлова, С.В. Логинов, Ю.Г. Шварц // Клин. медицина. - 2004. - № 9. - С. 33-35.
- 14 Ивашкин В.Т., Трухманов А.С. Программное лечение гастроэзофагеальной болезни в повседневной практике врача // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. - 2003. - № 6. - С. 18-26.

- 15 Ивашкин В.Т., Кузнецов Н.Е., Шаталова А.М., Драпкина О.М. Дифференциальный диагноз ишемической болезни сердца и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.- 2000.- Т. 10. - № 5.- С. 7-11.
- 16 Губанова Г.В., Низовцева С.А., Кадыков Л.А. и др. Оптимизация лечения больных ишемической болезнью сердца, в сочетании с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью // «Человек и лекарство»: Материалы XIII Российского национального конгресса - М. - 2006. - С. 421.
- 17 Kahrilas P. Diagnosis of Symptomatic Gastroesophageal Reflux Disease // Am. J. Gastroenterol. – 2003. V. 98. – P.15–23.
- 18 Бельмер С. В. Пять поколений ингибиторов протонного насоса: проблема выбора. Больной с изжогой: тактика врача общей практики // Лечащий Врач. 2009.- №7.- С. 14–17.
- 19 Лапина Т.Л. Безопасность ингибиторов протонной помпы. Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. 2009. № 4. С. 29-35.
- 20 Старостин Б.Д. Оценка эффективности ингибиторов протонной помпы // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.- 2003.- № 4.- С. 21-27.

**Н.А. МЫРЗАБАЕВА, С.Г. САДЫКОВА, Г.Р. АДILЖАН, Г.М. ГУЛАМОВА**

*С.Д.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті,  
Қалалық Паллиативтік Көмек Орталығы*

#### **КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІСТЕРІ ЖӘНЕ ЕГДЕ ЖАСТАҒЫ АСҚАЗАН РЕФЛЮКСТІ АУРУ ФОНЫНДА ЖҮРЕКТИҢ ИШЕМИЯЛЫҚ АУРУЫ ДӘРІЛІК ТЕРАПИЯНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ**

**Түйін:** Өз зерттеу мәліметтері, оның ішінде әдебиет бұл пікір, ЖИА және ГЭРА комбинациясы арналған. Салыстырмалы салмақ олардың барысында осы аурулардың әсерін атап көрсетті: асқазан рефлюксті стенокардия прогрессияның ықпал етуі мүмкін және жүрек аритмиясы, жүректің ишемиялық ауруы және фармакотерапия пайда пишевод рефлюксы туындауы мүмкін. Тактикасы және осы науқастарды емдеу болып саналады.

**Түйінді сөздер:** жүректің ишемиялық ауруы, гастроэзофагеал рефлюкс ауруы, фармакотерапия, егде жасы.

**N.A. MYRZABAYEVA, S.G. SADYKOVA, G.R. ADILZHAN, G.M. GULAMOVA**

*S.D.Asfendiyarov Kazakh National Medical University,  
Municipal Palliative Care Centre*

#### **FEATURES OF CLINICAL MANIFESTATIONS AND DRUG THERAPY OF CORONARY HEART DISEASE ON THE BACKGROUND OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN THE ELDERLY**

**Resume:** This review of literature, including the data of their own research, is dedicated to the combination of CHD and GERD. The relative weighting noted the impact of these diseases on their course: gastroesophageal reflux may contribute to the progression of angina and the occurrence of cardiac arrhythmias, ischemic heart disease and pharmacotherapy may provoke gastroesophageal reflux. Considered tactics and treatment of these patients.

**Keywords:** coronary heart disease, gastroesophageal reflux disease, pharmacotherapy, advanced age.