

О ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ И СТЕНОКАРДИИ

В.И. Волков, А.И. Ладный, Т.А. Соломенцева

ГУ «Институт терапии имени Л.Т. Малой АМН Украины», Харьков

Ключевые слова: стенокардия, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, ингибиторы протонной помпы, диагностика, лечение.

Распространенность гастроэзофагеальной болезни (ГЭРБ) в России среди взрослого населения составляет 40—60%, и хотя данных по Украине нет, можно говорить об аналогичных цифрах [1]. Это заболевание связано с рефлюксом содержимого желудка в пищевод. Воздействие кислотного фактора, приводящего к снижению рН менее 4,0, вызывает изжогу. Однако при экстраэзофагеальных проявлениях могут наблюдаться и приступы загрудинных болей, по ряду признаков напоминающих стенокардию, обусловленную ишемической болезнью сердца (ИБС) [7]. В ночное время это боли пекущего характера, требующие принятия вертикального положения, частично купируются приемом нитроглицерина (только в вертикальном положении). Кроме того, гастроэзофагеальный рефлюкс может провоцироваться физической нагрузкой, наклонами туловища, приемом пищи. В то же время при верификации ИБС (больные с постинфарктным кардиосклерозом, ангиографически верифицированным стенозирующим коронаросклерозом), приступы давящих, пекущих болей за грудиной в горизонтальном положении, при наклонах туловища, при физической нагрузке, после приема пищи часто трактуется только как проявления ИБС и больные получают необоснованно массивную антиангинальную терапию.

Исходя из статистических данных о распространенности ГЭРБ и ИБС, можно предположить, что как минимум в 30% случаев речь идет о сочетанной и взаимоотягощающей патологии [3]. Кроме того принимая во внимание, что по принятым стандартам Европейского общества кардиологов [8] больные ИБС принимают такие препараты, как нитраты, антагонисты кальция, аспирин, ингибиторы АПФ, высокоселективные бета-блокаторы, приводящие к расслаблению нижнего пищеводного сфинктера, существуют медикаментозные факторы, провоцирующие ГЭРБ при ИБС. Следовательно, применение только антиангинальной тера-

пии у больных с верифицированной ИБС и игнорирование эпизодов ГЭРБ, по характеру похожих на стенокардию, а зачастую и провоцирующих ее, может приводить к неоправданной лекарственной нагрузке на организм, и даже ухудшать самочувствие пациента. Кроме того, учитывая реципрокную иннервацию пищевода и субэпикардальных коронарных артерий, эпизоды рефлюкса, вызывающие временное раздражение слизистой, могут провоцировать истинные приступы стенокардии при ИБС за счет рефлекторного спазма коронарных артерий [5]. На основании этого мы обосновываем положение, что одной из причин приступов стенокардии может быть ГЭРБ с кардиальными проявлениями [3].

Цель работы — изучение улучшения качества лечения больных со стенокардией на основании дифференцированного подхода к анализу болевых ощущений, обусловленных кардиалгиями, связанными с заболеванием других органов и систем, в частности, ГЭРБ.

С учетом того, что эрозии при ГЭРБ верифицируются только в 30% случаев, [9], а также частого сочетания ГЭРБ и стенокардии, обусловленного ИБС, предлагаем провести пробное лечение ингибиторами протонной помпы (ИПП), например, рабепразолом («Париеет») [6] для дифференциальной диагностики и повышения эффективности лечения стенокардии [2]. Пробная терапия (ex juvantibus) назначается всем больным ИБС, с приступами стенокардии в горизонтальном положении в ночное время, приступами после еды, при наклонах туловища, пациентам с недостаточной эффективностью приема нитроглицерина. Подобный подход тем более оправдан при невозможности применения инвазивных исследований больным ИБС с высоким функциональным классом стенокардии (III-IV), сердечной недостаточностью, аневризмой сердца и другими ограничениями (острый коронарный синдром, прогрессирующая стенокардия, нарушения ритма).

Предложенный способ [2] состоит в следующем.

1. Больному ИБС назначают стандартную антиангинальную терапию, включающую бета-блокаторы, нитраты, дезагреганты (аспирин, и/или клопидогрель), статины, ингибиторы АПФ в индивидуально подобранных дозах.

2. Для контроля за ее эффективностью применяют нагрузочные, медикаментозные пробы (велозергометрия, тредмил-тест, «пропранололовая», калиевая пробы, гипервентиляционная проба, медикаментозные пробы с УЗИ-контролем и т. д.). Оценивают изменения на ЭКГ (велозергометрия) или локальной сократимости левого желудочка (ультразвуковое исследование) под воздействием физической нагрузки, психоэмоциональных и других факторов. В случае ограниченных возможностей инструментального оснащения можно использовать тест с 6-минутной ходьбой или приседаниями.

3. При сохраняющихся приступах дополнительно проводят обследование на предмет выявления заболевания органов пищеварения:

3.1. Рентгенологическое исследование пищевода (для выявления дивертикула пищевода, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы).

3.2. ЭКГ в положении лежа и стоя.

3.3. Проведение (при отсутствии противопоказаний) эзофагоскопии, суточного мониторирования рН пищевода для выявления ГЭРБ. Эзофагогастроскопия (желателен хромоэндоскопия, эндоскопия с увеличением).

В случае отсутствия патологических изменений пищевода, отклонений рН-метрии, а также при противопоказаниях эндоскопических исследований, но сохраняющихся при этом приступах загрудинных болей, проводится пробное лечение с применением ИПП. Например, рабепразола («Париет») в дозе 20 мг/сут в течение 1 нед с диагностической целью. Результат (уменьшение количества и интенсивности ангинозных болей) может быть получен в первые сутки (1-2 приема 20 мг препарата). При «положительном» результате краткого курса лечения ИПП, когда существенно сокращается количество приступов загрудинных болей, назначают общепринятый курс: «Париет» 20 мг/сут 4 нед, далее — терапия поддерживающая: 10 мг 8 нед + 10 мг по требованию (при возобновлении симптомов) — 8—16 нед.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИМЕРЫ

Больной К., 65 лет, поступил с жалобами на давящие, пекущие боли за грудиной с иррадиацией в обе руки, возникающие при незначительной физической нагрузке (подъем на 1 пролет лестницы, при ходьбе под гору, при попытке ускорения ходьбы). Боли постепенно нарастали и купировались при прекращении нагрузки или приемом нитроглицерина под язык в течение 1-2 мин. Кроме того, аналогичные боли возникали в покое при приеме пищи, ночью — в горизонтальном положении, требовали принятия вертикального положения и облегчались приемом нитроглицерина, а также возникали пекущие боли за грудиной при наклоне

туловища. Из анамнеза: 14 мес назад перенес острый Q-позитивный инфаркт миокарда в области задней стенки левого желудочка. Боли ангинозного характера возобновились в течение 3 мес после перенесенного инфаркта миокарда. Поступил для подбора терапии. При дополнительном обследовании по данным ЭКГ покоя отмечены признаки постинфарктного кардиосклероза в области задней стенки левого желудочка, по данным УЗИ сердца — гипокинезия задней стенки левого желудочка, гипертрофия непораженных отделов миокарда, глобальная сократимость не нарушена. При проведении велозергометрической пробы — результат «положительный» по клиническим и ЭКГ-признакам, толерантность к физической нагрузке существенно снижена (III функциональный класс). На основании проведенных исследований установлен основной клинический диагноз: ИБС, стабильная стенокардия напряжения и покоя, III функциональный класс. Постинфарктный Q-позитивный задний и диффузный кардиосклероз. Сердечная недостаточность ПА ст., III функциональный класс, с сохраненной систолической функцией левого желудочка. Назначена антиангинальная терапия, включающая нитраты, блокаторы бета-адренергических рецепторов (атенолол 100 мг/сут), «Предуктал MR» — 35 мг 2 раза/сут, «Аспекард» — 0,1 мг после еды. Получен положительный результат лечения: толерантность к физической нагрузке повысилась как по субъективной оценке (отсутствие потребности в дополнительном приеме нитроглицерина, увеличение дистанции свободной ходьбы), так и по объективным признакам — по данным велозергометрии толерантность к физической нагрузке соответствовала II функциональному классу стабильной стенокардии напряжения. В то же время сохранялись приступы пекущих болей за грудиной преимущественно в положении лежа, при наклонах туловища, после приема пищи. По данным рентгеноскопии пищевода, желудка патологии не выявлено. Проведены дополнительные исследования: эзофагоскопия, суточное мониторирование рН-метрии. Ни эрозия пищевода, ни диагностически значимые изменения уровня рН пищевода не выявлены. Однако это не исключало у больного неэрозивную ГЭРБ при так называемом нежном пищеводе [4]. В связи с этим дополнительно *ex juvantibus* назначен «Париет» в дозе 20 мг/сут. Через 2 дня приема препарата прекратились приступы загрудинных болей в горизонтальном положении в ночное время, псевдоангинозные приступы пекущих загрудинных болей при наклоне туловища. Больной отметил существенное повышение качества жизни на фоне дополнительно назначенной терапии. Существенно повысилась толерантность к нагрузке. Учитывая полученный результат, диагноз сопутствующего заболевания подтвержден, продолжена курсовая терапия по поводу ГЭРБ: «Париет» 20 мг/сут — 4 нед, далее — терапия поддерживающая: 10 мг 8 нед + 10 мг по требованию (при возобновлении симптомов) — 8—16 нед.

Больной Г., 58 лет, поступил с жалобами на давящие, пекущие боли за грудиной с иррадиацией в надчревную область в обе руки, возникающие при физической нагрузке (подъем на 1 пролет лестницы, при ходьбе под гору, при попытке ускорения ходьбы). Боли постепенно нарастали и купировались при прекращении нагрузки или приемом нитроглицерина под язык в течение 1-2 мин. Аналогичные боли возникали в покое при приеме пищи, ночью требовали принятия вертикального положения и облегчались приемом нитроглицерина. Кроме того, возникали пекущие боли за грудиной при наклоне туловища. Из анамнеза: 11 мес назад перенес острый Q-позитивный инфаркт миокарда в передневерхушечной области левого желудочка, осложненный постинфарктной аневризмой верхушечной области, постинфарктной возвратной стенокардией напряжения. При дополнительном обследовании по данным ЭКГ, УЗИ сердца выявлены признаки постинфарктного Q-позитивного кардиосклероза передневерхушечной области, аневризма верхушечной области левого желудочка. На основании клинических, инструментальных обследований установлен диагноз: ИБС, стабильная стенокардия напряжения и покоя, III функциональный класс. Постинфарктный Q-позитивный кардиосклероз в передневерхушечной области левого желудочка. Постинфарктная аневризма сердца. Сердечная недостаточность IIa ст., III функциональный класс, со сниженной систолической функцией левого желудочка.

Больному назначена терапия: «Кардикет-ретард» по 40 мг 2 раза/сут (7:00, 17:00), «Предуктал MR» 2 раза/сут, «Локрен» — 20 мг утром, «Аспекард»

0,1 г после еды. При обследовании в динамике одной недели лечения состояние несколько улучшилось: увеличилась дистанция свободной ходьбы, уменьшилась суточная потребность в нитроглицерине. В то же время сохранялись приступы пекущих болей за грудиной преимущественно в положении лежа, при наклонах туловища, после приема пищи. По данным рентгеноскопии пищевода, желудка патологии не выявлено. Дополнительных эндоскопических обследований на предмет выявления ГЭРБ ввиду противопоказаний (тяжесть клинического течения ИБС) не проводили. Дополнительно к антиангинальной терапии назначен «Париет» ex juvantibus в дозе 20 мг/сут. Через 3 дня приема препарата прекратились приступы загрудинных болей в горизонтальном положении в ночное время, ангинозные приступы после приема пищи не усиливались. Больной отметил существенное повышение качества жизни, повышение толерантности к нагрузке на фоне дополнительно назначенной терапии. Учитывая полученный результат, продолжена курсовая терапия по поводу возможной сопутствующей ГЭРБ: «Париет» 20 мг/сут 4 нед, далее — терапия поддерживающая: 10 мг 8 нед + 10 мг по требованию (при возобновлении симптомов) — 8—16 нед.

Надеемся, что данное сообщение о проведении тщательного анализа жалоб на кардиалгии в сочетании с клиническим и физикальным исследованием может повысить эффективность использования возможных средств дополнительной диагностики, оказать влияние на качество помощи больным с сочетанной терапевтической патологией в Украине.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бабак О.Я., Фадеенко Г.Д. Гастроэзофагальная рефлюксная болезнь.— К.: Итерфарма, 2000.— 175 с.
2. Бабак О.Я., Волков В.І., Фадеенко Г.Д., Ладний А.І. Процес диференційованої діагностики та оцінки ефективності лікування стенокардії/ Патент України на корину модель № 20012 від 15 січня 2007 р.
3. Братусь В.В., Талаєва Т.В., Амброкскіна В.В. та ін. Системний характер порушень метаболізму, оксидантного стресу та атерогенності плазми у хворих на ішемічну хворобу серця // Український кардіологічний журн.— 2007.— № 3.— С. 8—18.
4. Васильев Ю.В. Боль за грудиной: дифференциальная диагностика, лечение // Международный медицинский журн.— 2006.— № 2.— С. 11—14.

5. Звягинцева Т.Д., Гриднева С.В. Сосудистый эндотелий в норме и при заболеваниях пищевого канала // Сучасна гастроентерологія.— 2005.— № 2.— С. 51—55.
6. Перегерий В.Г. Сравнительная эффективность лечения больных с рефлюкс-эзофагитом оригинальным и генетическим рабепразолом // Здоров'я України.— 2007.— № 10.— С. 1—4.
7. Фадеенко Г.Д. Внепищеводные проявления гастроэзофагальной рефлюксной болезни // Здоров'я України.— 2006.— № 9.— С. 42—43.
8. Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary. (ESK Guidelines) // Eur. Heart J.— 2006.— Vol. 27.— P. 1341—1381.
9. Moayyidi P., Talley N. Гастроэзофагальная рефлюксная болезнь: Пер. с англ. // Therapia.— 2007.— № 2.— С. 5—25.

ЩОДО ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ ТА СТЕНОКАРДІЇ

В.І. Волков, А.І. Ладний, Т.О. Соломенцева

Метою статті є поліпшення діагностики стенокардії на підставі диференційного підходу до аналізу болючих відчуттів, зумовлених стенокардією і кардіалгіями, по'язаними з захворюванням інших органів і систем. Новим є те, що усім хворим на ішемічну хворобу серця, у яких після лікування зберігаються приступи стенокардії, додатково проводять обстеження органів травлення. За наявності протипоказань для ендоскопії або сумнівних результатів призначають пробну терапію інгібіторами протеїнової помпи у дозі 20 мг 2 рази на добу перед їдою. Після 1-го тижня прийому препарату оцінюють ефективність лікування і, якщо приступи «постуральної» стенокардії припиняються, діагностують наявність гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби. Проводять стандартний курс лікування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби інгібіторами протеїнової помпи з подальшим призначенням підтримувальної терапії у дозі 10 мг протягом 8 тижнів.

TO THE DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE AND ANGINA PECTORIS

V.I. Volkov, A.I. Ladniy, T.A. Solomentseva

The aim of the paper is to promote to the improvement of the angina diagnostics on the basis of the differentiated approach to the analysis of the feeling of pain conditioned by the chest pains and cardialgias, related to the disease of other organs and systems. The novelty is the introduction of the additional gastro-intestinal tract investigations to those patients who suffer from angina episodes in spite of the conducted treatment. In the case of the contraindications for the endoscopy or controversial results, the presumptive treatment is conducted with the use of proton pump inhibitors in a dose of 20 mg two times a day before meals. After the 1st week of drug administration the assessment of the treatment is held and if the attacks of «postural» angina have been stopped, the diagnosis of gastroesophageal reflux disease is made. The standard course of the gastroesophageal reflux disease therapy is conducted with the use of PPIs with subsequent administration of the maintaining therapy in a dose of 10 mg during 8 weeks.