

УДК 616.12-008.331.1+616.8-009.81+617.546

**ВЛИЯНИЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ НА  
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ  
СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ**

**В.Р. ГРИЦЕНГЕР, С.А. НИЗОВЦЕВА \***

Медико-социальный аспект ишемической болезни сердца (ИБС) общеизвестен. В России ежегодно в стационары поступают более 4 миллионов человек с признаками острого коронарного синдрома [6]. Клиническая картина в значительном проценте этих случаев нетипична, что затрудняет диагностический и терапевтический процессы. В определенной мере это может быть связано с течением ИБС на фоне других заболеваний. Частота таких случаев закономерно увеличивается с возрастом больных [3, 4]. В этой связи наиболее пристальное внимание привлекает патология пищевода [9], в частности гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ). Это обусловлено её распространённостью, сохраняющейся тенденцией к росту случаев заболевания, отсутствием удовлетворяющих результатов применения средств медикаментозной терапии [5–6, 8]. Отметим диссоциацию между выраженностью эндоскопических клинических проявлений заболевания, особенно у лиц старшего возраста. На этом фоне болевой синдром в грудной клетке трудно дифференцируем с приступами стенокардии. Имеются работы, в которых установлена прямая зависимость клиники ИБС от наличия воспаления в пищеводе [1, 2, 7]. Подтверждением служат результаты исследований, свидетельствующие об уменьшении рефрактерности лечения стенокардии на фоне одновременного терапии ГЭРБ [3]. До настоящего времени мнения исследователей неоднозначны. Углубленное изучение полученных ими результатов показывает, что эти различия могут быть следствием несопоставимости использованных методических подходов и клинических моделей.

**Материалы и методы.** Проведено стационарное клинико-инструментальное обследование 221 пациента с ГЭРБ, ассоциированной со стабильной стенокардией напряжения (СтСН) I–III функционального классов (ФК). Критериями включения были возраст пациентов (35–50 лет), наличие ГЭРБ (катаральная и эрозивная формы). При этом были сформированы 3 группы. В 1-ю группу (группу сравнения) были включены пациенты с ИБС (СтСН I–III ФК), не имеющие патологии пищевода – 74 чел. 2-ю группу составили лица с катаральной формой ГЭРБ (77 чел.), сочетающейся со СтСН I–III ФК. В 3-ю группу вошли пациенты с эрозивной формой ГЭРБ (70 чел.), сочетающейся со СтСН I–III ФК.

**Цель исследования** – оценка влияния морфологических изменений пищевода у больных ГЭРБ, ассоциированной со СтСН, на функциональные характеристики их сердца.

**Результаты исследования.** В ходе углубленного анализа результатов Холтеровского мониторирования ЭКГ выявлено увеличение длительности ишемии миокарда в течение суток. У пациентов с катаральной формой ГЭРБ она оказалась в 1,5–2,1 раза, а с эрозивной – в 3,5–6,3 раза (39,3–56,3 мин.) больше, чем в группе сравнения (13,8–25,7 мин.). Наибольшие значения данного показателя выявлены у пациентов всех возрастных групп, имеющих наибольшую выраженность коронарной болезни (СтСН IIIФК). Длительность суточной ишемии миокарда была у них на 21–37% больше, чем в случаях со СтСН меньших функциональных классов. На этом фоне выявленное увеличение в 1,5–2 раза абсолютного значения этого показателя соотношения длительности безболевой (ББИМ) и болевой (БИМ) ишемии миокарда (ББИМ/БИМ) у всех пациентов с сочетанной патологией свидетельствует о том, что наибольший вклад в увеличение у них суммарной

\* Саратов, 410010, ул. Артиллерийская, 2, ГОУ ВПО Саратовский военно-медицинский институт, телефон (8452) 69-22-95; факс (8452) 26-36-76

суточной ишемии миокарда обеспечивает безболевая форма. При этом наибольший её прирост (в 4–5 раз) был в ночное время, особенно у лиц с эрозивной формой поражения пищевода. Подтверждением этому заключению служат данные о том, что общая длительность БИМ при коморбидном состоянии была также в 1,5–2 раза больше чем в группе сравнения, особенно при эрозивной форме патологии пищевода. При этом увеличение класса СтСН приводило к увеличению длительности БИМ у этих больных (на 45–55%), чаще в старших возрастных группах.

Анализ количества эпизодов ишемии миокарда в течение суток показал, что сочетание СтСН и ГЭРБ ассоциируется со значительным их увеличением в 2,5–3 раза по отношению к группе сравнения. При катаральном поражении пищевода зарегистрировано 4,2–6,2 случаев в сутки, а при эрозивной – 11,3–12,6. При этом доля эпизодов как ББИМ, так и БИМ при катаральной форме ГЭРБ не отличалась от группы сравнения. Усугубление морфологических изменений пищевода (эрозивная форма ГЭРБ) сопровождалось увеличением числа эпизодов БИМ (на 8,2–13,5%), особенно при СтСН III ФК. Подтверждением этого служит показатель соотношения количества эпизодов ББИМ/БИМ за сутки. Его значения у этих пациентов оказались меньше в среднем на 20%. Наличие патологии пищевода ассоциировалось с увеличением в 2,2–3,7 раза доли эпизодов ББИМ в ночное время, особенно при эрозивной форме ГЭРБ, а также у лиц старше 45 лет.

При анализе распределения частоты эпизодов ишемии миокарда в течение суток установлено, что ассоциация ГЭРБ с СтСН сопровождалась смещением суммарной частоты эпизодов ишемии миокарда у этих пациентов на вечернее и ночное время за счет безболевой формы ишемии миокарда. У этих пациентов возникало смещение частоты эпизодов БИМ с первой на вторую половину дня. Вместе с тем обращал на себя внимание тот факт, что частота эпизодов изжоги, как одного из важнейших симптомов ГЭРБ, распределялась относительно равномерно почти в течение всего дня и не зависела от функционального класса стенокардии. Однако после ужина (с 18.00 до 22.00 часов) частота эпизодов изжоги достоверно увеличилось. Наиболее выраженные изменения этих показателей были у пациентов с эрозивной формой ГЭРБ. Смещение частоты эпизодов ишемии миокарда на ночное время у больных с коморбидным состоянием может быть обусловлено увеличением частоты патологического рефлюкса в вечернее время. Клинически последнее проявляется увеличением в этот период суток частоты изжоги.

В результате проведенного исследования установлено также, что выявленное у пациентов со СтСН, ассоциированной с ГЭРБ, увеличение суммарного времени ишемии миокарда обусловлено не только возрастанием частоты эпизодов ишемии, но и средней их длительности (при катаральной форме на 6,6–37,5%, при эрозивной на 16,1–75%). При этом увеличивалась средняя длительность одного эпизода как БИМ, так и ББИМ. На это указывает достоверное увеличение соотношения средней длительности одного эпизода ББИМ/БИМ в течение суток наблюдения (на 25–37,5% при катаральной и на 50–100% при эрозивной форме ГЭРБ). Наименьшие значения этого показателя в старшей возрастной группе при эрозивной форме ГЭРБ, подтверждают наибольшую среднюю длительностью именно эпизодов БИМ у этих пациентов, связанную с их возрастом. Средняя длительность эпизода ББИМ при ассоциации СтСН с ГЭРБ (2 и 3 группы) существенно увеличивалась как в дневное, так и в ночное время. Уменьшение показателя соотношения средней длительности одного эпизода ББИМ днем/ночью на 11–53% при катаральной форме ГЭРБ и на 33–60% при эрозивной подтверждает это заключение. Для уточнения возможной роли изменения частоты патологического рефлюкса в формировании особенностей ассоциированного течения ГЭРБ и СтСН у обследованных больных, проведен анализ соотношения количества эпизодов изжоги и показателей ишемии миокарда в дневное время (с 7.00 до 22.00 часов). При этом установлено, что количество эпизодов изжоги в течение дня достоверно зависело от глубины поражения пищевода у пациентов с СтСН, ассоциированной с ГЭРБ. При этом эрозивные изменения пищевода у

обследованных лиц третьей группы сопровождались более частыми (на 27,2–36,5%) эпизодами изжоги, чем при катаральных изменениях.

На этом фоне доля эпизодов ишемии миокарда, совпавших с эпизодами изжоги также зависела от состояния пищевода и была достоверно большей при эрозивной форме ГЭРБ. У таких пациентов наиболее часто с эпизодами изжоги совпадали эпизоды БИМ, особенно при СтСн ШФК. Следствием этого являлось увеличение суммарной длительности эпизодов ишемии миокарда, совпавших с изжогой, которая была в 2,2–3,9 раз больше при эрозивной форме ГЭРБ. У лиц, имевших СтСн ШФК, этот показатель был достоверно больше, чем при более низких функциональных классах СтСн, как при катаральной (в 1,8–2,2 раза), так и при эрозивной (в 1,2–1,4 раза) форме ГЭРБ. Изучение соотношения суммарной длительности ББИМ/БИМ, совпавших с изжогой, показало, что при катаральной форме ГЭРБ увеличение суммарного времени ишемии миокарда, совпавшей с эпизодами изжоги было обусловлено преимущественным увеличением доли времени ББИМ. При эрозивной форме ГЭРБ рост суммарного времени ишемии миокарда, совпавшей с эпизодами изжоги, обусловлено не только эпизодами ББИМ, но и увеличением доли времени БИМ, особенно при СтСн ШФК и в более старших возрастных группах. Изжога ассоциируется с увеличением длительности каждого эпизода как ББИМ, так и БИМ, особенно у лиц с эрозивной формой ГЭРБ.

Клинико-функциональные особенности СтСн, ассоциированной с ГЭРБ, связаны с существованием ряда закономерностей изменения количества и распределения экстрасистол в течение суток. У таких пациентов в 2,2–4,2 раза увеличивается суточное количество экстрасистол. Более глубокие морфологические изменения пищевода (эрозивные) сопровождались большими значениями данного показателя (в 1,2–1,5 раза), особенно при СтСн ШФК. В то же время значительная доля экстрасистол в дневное время совпадают с эпизодами изжоги (41,5–51,6% – при катаральной и 52,3–65,7% – при эрозивной форме ГЭРБ). У этих больных увеличивается частота экстрасистол ночью (в 1,7–2,1 раза при катаральной и 2,2–2,9 раза – при эрозивной форме ГЭРБ).

**Выводы.** Патология пищевода в виде ГЭРБ играет важную роль в формировании функциональных характеристик сердца при СтСн I–III ФК. Наличие ГЭРБ у пациентов с коронарной болезнью ассоциируется с более выраженными изменениями абсолютных значений ЭКГ-показателей ишемии миокарда и его электрической нестабильности, особенно при эрозивном поражении пищевода. Выявленные закономерности влияния ГЭРБ на функциональное состояние сердца следует расценивать как синдром взаимного отягощения и учитывать при оптимизации программ реабилитации таких больных.

### **Литература**

1. *Голочевская В.С.* // Рос. ж. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.– 2001.– №3.– С. 43–47.
2. *Ивашкин В.Т. и др.* // Рос. ж. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.– 2000.–Т. 5, прил.№11.– С.7–10.
3. *Крылов А.А.* // Клин. мед.– 2000.– №1.– С.56–58.
4. *Лазебник Л. В., Дроздов В.Н.* // Клин. геронтол.– 2001.– №1-2.– С. 3–5.
5. *Нестеров Ю.И. и др.* // Терапевт. архив.– 1996.– №4.– С. 53–54.
6. *Харченко В.И. и др.* // Рос. кардиол. ж.– 2005.– №1(51).– С. 5-15.
7. *Таранченко Ю.В., Звенигородская Л.А.* // Экспер. и клин. гастроэнтерология.– 2003.– №1.– С. 110–112.
8. *Стронова О.А. и др.* // Рос. ж. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.– 2002.– №1.– С.68–71.
9. *Kahrilas P.J.* // Am. J. Gastroenterol.– 2003.– Vol. 98, № 3.– P. 15–23.

**V.R.Gritsenger, S.A.Nisovtseva.** The Influence of Gastroesophageal Reflux Disease on the Functional Characteristics of Heart in Patients with the Stable Stenocardy of Tension