

# Эрозивный эзофагит у пациентов с ИБС, формируемый кислым рефлюктом: диагностические и лечебные подходы

К. А. Бондарева, аспирант кафедры<sup>1</sup>

А. Г. Шулешова, д.м.н., проф. кафедры<sup>1</sup>, зав. эндоскопическим отделением<sup>2</sup>

Д. В. Данилов, к.м.н., ассистент кафедры<sup>1</sup>

З. Н. Голикова, к.м.н., ассистент кафедры<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Кафедра хирургии с курсами эндоскопии и детской хирургии ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента России, г. Москва

<sup>2</sup>ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии» Минздрава России, г. Москва

## *Erosive esophagitis in patients with coronary artery disease, formed by sour refluxate: diagnostic and therapeutic approaches*

K. A. Bondareva, A. G. Shuleshov, D. V. Danilov, Z. N. Golikova

Central State Medical Academy of the Administrative Department of the President of Russia, National Medical Research Centre for Cardiology; Moscow, Russia



А. Г. Шулешова



Д. В. Данилов

### Резюме

В статье описан результат лечения эрозивного рефлюкс-эзофагита, формируемого кислым рефлюктом по результатам 24-часовой рН-импедансометрии, у пациентов с ИБС. В исследование включены 176 пациентов, которые поделены на две группы: основная (ОГ) — 92 пациента с эрозивным рефлюкс-эзофагитом и ИБС и контрольная (КГ) — 84 пациента с эрозивным рефлюкс-эзофагитом без ИБС. В качестве препарата для проведения основного и поддерживающего лечения использовался ИПП (Контролок). В период основного лечения пациенты обеих групп получали Контролок 80 мг/сут., а в период поддерживающей терапии — 40 мг/сут. Оценивалась динамика клинических симптомов и эндоскопической картины. По результатам исследования полная эпителизация дефектов СОП наступила у 100% пациентов ОГ к 84-му дню терапии, у пациентов КГ этот показатель был достигнут к 56-му дню основного курса терапии. Исследование показало, что применение Контролока в суточной дозе 80 мг в течение 84 дней эффективно и безопасно и привело к полной эпителизации дефектов СОП у 100% пациентов ОГ.

**Ключевые слова:** эрозивный эзофагит, кислый рефлюкс, ишемическая болезнь сердца, контролок.

### Summary

The article describes the result of the treatment of erosive reflux esophagitis, formed by the acidic refluxate according to the results of 24-hour pH impedance measurement, in patients with IHD. The study included 176 patients who were divided into two groups: primary (OG) of 92 patients with erosive reflux esophagitis and IHD and control (CG) of 84 patients with erosive reflux esophagitis without IHD. IPP (Controlok) was used as a drug for the main and supporting treatment. During the period of primary treatment, patients of both groups received Controlok 80 mg per day, and during the period of maintenance therapy 40 mg per day. The dynamics of clinical symptoms and endoscopic picture was evaluated. According to the results of the study, complete epithelialization of defects of SOP occurred in 100% of patients with OG by the 84th day of therapy, in patients with CG, this indicator was achieved by the 56th day of the main course of therapy. The study showed that the use of Controlok in a daily dose of 80 mg for 84 days was effective and safe and led to the complete epithelialization of SOP defects in 100% of patients in the OG.

**Key words:** erosive esophagitis, acid reflux, coronary heart disease, control loop.

Среди заболеваний органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) уже несколько десятилетий занимает ведущие позиции [1, 2, 3]. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) лидирует в списке причин смерти в мире. Высокая распространенность ГЭРБ и ИБС и наличие общих факторов риска обуславливают частое развитие коморбидной патологии, характеризующейся взаимоотягощающим влиянием обоих заболеваний на течение друг друга [4].

Среди этиологических факторов риска, способствующих появлению и развитию ГЭРБ, помимо нарушения

питания, курения, ожирения, немало важное значение имеет прием ряда лекарственных препаратов, таких как НПВП, в том числе ацетилсалициловая кислота, бета-блокаторы, нитраты, антагонисты кальция, кортикостероиды [5]. С учетом этого важно подчеркнуть, что ГЭРБ как монозаболевание встречается значительно реже и чаще всего может сочетаться как с патологией гепатопанкреатодуоденальной зоны, так и с заболеваниями других органов и систем, в частности, ишемической болезнью сердца, артериальной гипертензией, бронхиальной астмой [6].

Коморбидное течение ГЭРБ и ИБС является распространенной клини-

ческой ситуацией, однако истинная эпидемиология подобного сочетания неизвестна. По данным некоторых авторов, до 40% больных ИБС имеют поражения гастроэзофагеальной зоны, тогда как у 62,7% гастроэнтерологических больных встречаются сопутствующие заболевания ССС [7].

Использование современных эндоскопических методов диагностики, в частности, 24-часовой рН-импедансометрии, позволяет выявить наличие патологических рефлюксов, уточнить особенности течения ГЭРБ у больных с ИБС [8, 9].

ГЭРБ и ИБС имеют схожие клинические проявления, затрудняющие

Таблица 1

**Распределение пациентов в зависимости от степени тяжести ЭЭ согласно классификации «Лос-Анджелес» (n = 176)**

| Степень ЭЭ | ОГ (n = 92) | КГ (n = 84) |
|------------|-------------|-------------|
| A          | 32 (34,8%)  | 34 (40,5%)  |
| B          | 35 (38,0%)  | 29 (34,5%)  |
| C          | 14 (15,2%)  | 11 (13,1%)  |
| D          | 11 (12,0%)  | 10 (11,9%)  |

своевременную постановку диагноза и подбор соответствующей терапии. Пациентам с ИБС в клинической практике часто с кардиопрофилактической и лечебной целью назначают препараты ацетилсалициловой кислоты (АСК), что, в свою очередь, потенцирует гастроинтестинальные повреждения и их осложнения, а прием антиагрегантов (нитратов, бета-блокаторов, антагонистов кальция) может провоцировать снижение тонуса нижнего пищеводного сфинктера (НПС). Возможно, именно поэтому распространенность ГЭРБ у больных ИБС выше, чем в общей популяции [10].

Наиболее распространенный подход к лечению ГЭРБ на сегодняшний день — назначение ингибиторов протонной помпы (ИПП) [11, 12]. У пациентов с сочетанной патологией возникает необходимость приема нескольких лекарственных препаратов, в связи с чем выбор ИПП вызывает определенные сложности из-за их большого разнообразия и различного влияния на метаболизм других препаратов [11, 13, 14, 15, 16].

**Цель работы:** оценить состояние слизистой оболочки у пациентов с эрозивным эзофагитом (ЭЭ) и ИБС, а также эффективность применения препарата Пантопрозол (Контролок®, Takeda GmbH, Германия) в лечении ЭЭ, формируемого кислым рефлюктом, у пациентов с ИБС.

#### Материалы и методы

В исследование включены 238 человек с эрозивным рефлюкс-эзофагитом в возрасте от 18 лет и старше. Включенные в исследование пациенты были обоих полов: женщин — 92 (средний возраст составил  $62,2 \pm 9,8$  года), мужчин — 146 (средний возраст  $61,3 \pm 4,9$  года).

Статистический анализ полученных результатов проводился на персональном компьютере с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0. Количественные данные представлены в виде среднего значения  $\pm$  стандартное отклонение ( $M \pm \delta$ ). Качественные признаки представлены в виде абсолютных значений с указанием частоты встречаемости в процентах. Для сравнения цифровых данных в двух выборках пользовались t-критерием Стьюдента. Также для оценки достоверности различий качественных признаков применялись альтернативный двусторонний анализ Фишера и  $\chi^2$ . Различия считали достоверными на уровне значимости 95 % при  $p < 0,05$ .

Все пациенты обследованы по единому плану, включавшему проведение клинических и инструментальных исследований. Перед проведением ЭГДС и 24-часовой рН-импедансометрии всем пациентам проводилась ЭКГ с помощью электрокардиографа Cardiovit AT-2 Plus (Schiller, Швейцария).

Эндоскопическое исследование проводилось на видеосистеме Olympus EVIS EXERA II (Япония) с осмотром в узком спектре света NBI и с биопсией слизистой оболочки пищевода для морфологического исследования.

Для выявления рефлюкса и установления его характера всем пациентам выполнена 24-часовая рН-импедансометрия при помощи рН-импеданс-рекордера Ohmega MMS (Нидерланды) и системы для клинических исследований Solar GI MMS (Нидерланды), по результатам которой отобрана группа больных (176 человек), имеющих кислый характер рефлюктата.

Для решения поставленных задач и оценки эффективности основной и поддерживающей терапии в лечении

эрозивного эзофагита, формируемого кислым рефлюктом, пациентов поделили на две группы. Пациенты основной группы (ОГ) страдали эрозивным эзофагитом и сопутствующей ИБС (n = 92; средний возраст  $61,3 \pm 6,8$  года; мужчин — 56, женщин — 36). Пациенты контрольной группы (КГ) не имели сопутствующей ИБС (n = 84; средний возраст  $62,8 \pm 5,8$  года; мужчин — 54, женщин — 30).

Терапия состояла из двух этапов: основной курс лечения и поддерживающая терапия. Минимальные сроки курсового лечения составляли 12 недель (84 дня), целью его являлось достижение полной эпителизации дефектов СОП. Затем пациенты переводились на поддерживающую терапию в течение 8 недель (56 дней).

Пациенты обеих групп принимали ИПП (Контролок) в дозировке 40 мг 2 раза в день за 30 минут до еды на протяжении основного курса лечения.

При достижении эпителизации дефектов СОП пациенты обеих групп переводились на поддерживающую терапию ИПП (Контролок) в дозировке 40 мг/сут. за 30 минут до еды в течение всего курса.

Повторные визиты совершались пациентами каждые 28 дней основного курса лечения и поддерживающей терапии для регистрации жалоб и выполнения контрольной ЭГДС. Эндоскопическая оценка степени тяжести ЭЭ проводилась с помощью классификации «Лос-Анджелес».

#### Результаты собственных исследований

Эндоскопическая оценка степени эрозивного эзофагита (ЭЭ) проводилась с помощью Лос-Анджелесской классификации (табл. 1).

По данным табл. 1 видно, что до лечения все пациенты имели признаки эрозивного рефлюкс-эзофагита: степень А ЭЭ выявлена у 34,8 % пациентов ОГ и у 40,5 % пациентов КГ. Степень В ЭЭ зафиксирована у 38,0 и 34,5 % пациентов ОГ и КГ соответственно. Реже встречалась степень С ЭЭ: 15,2 % пациентов ОГ и 13,1 % пациентов КГ. В обеих группах в равной степени фиксировалась степень D ЭЭ: 12 % и 11,9 % пациентов ОГ и КГ соответственно.

Анализируя результаты 24-часовой рН-импедансометрии, у включенных в исследование пациентов отмечено увеличение количества кислых ( $40,5 \pm 3,9$ ) и слабокислых ( $59,7 \pm 9,6$ ) рефлюксов при отсутствии слабощелочного компонента, что указывает на кислый характер рефлюкса (табл. 2).

## Курсовая терапия

### Оценка динамики клинической картины

На момент начала терапии группы пациентов сопоставимы по клиническим проявлениям. Исходно у пациентов обеих групп чаще встречались следующие жалобы: изжога (96,7% пациентов ОГ и 83,3% пациентов КГ), боли за грудиной (92,3% пациентов ОГ 75,0% пациентов КГ), отрыжка присутствовала в равной степени у пациентов ОГ и КГ (53,2% и 52,3% соответственно). Жалобы на ощущение горечи во рту отсутствовали в обеих группах.

Динамика клинической симптоматики на фоне проводимой курсовой терапии представлена в табл. 3.

К 28-му дню основного курса лечения наблюдалось уменьшение степени выраженности основных жалоб: изжога сохранялась у 48,9% пациентов ОГ, что достоверно ниже в сравнении с исходными показателями и до-

стоверно выше, чем в КГ ( $p < 0,05$ ). Отрыжка в ОГ выявлялась у 27,1% пациентов. Регургитация и дисфагия регистрировались у 20,6 и 14,9% пациентов ОГ соответственно. Боли за грудиной и перебои в работе сердца сохранялись у 53,4 и 35,9% пациентов ОГ соответственно, что достоверно выше в сравнении с показателями КГ ( $p < 0,05$ ).

Продолжая курсовое лечение, к 56-му дню среди пациентов ОГ изжога регистрировалась у 11,9% больных, боли за грудиной сохранялись у 12%, ощущение кислоты во рту — у 7,6% пациентов, что достоверно выше в сравнении с показателями КГ ( $p < 0,05$ ). У пациентов КГ симптомы изжоги, также как и дисфагии, ощущения кислоты во рту, боли за грудиной и ощущения перебоев в работе сердца полностью регрессировали.

С увеличением продолжительности терапии наблюдалась регрессия симптомов. К 84-му дню основного курса лечения пациентов ОГ изжога не беспокоила, исчезло ощущение кислоты во рту, что достоверно выше

в сравнении с показателями на момент лечения ( $p < 0,05$ ). Боли за грудиной и перебои в работе сердца регистрировались в 7,6 и 3,3% случаев соответственно.

### Динамика результатов эндоскопического исследования

На момент начала лечения среди двух сопоставимых групп степень А ЭЭ выявлена у 34,8% пациентов ОГ и у 40,5% пациентов КГ. Степень В ЭЭ диагностирована у 38% пациентов ОГ и 34,5% пациентов КГ. Реже встречалась степень С ЭЭ: 15,2 и 13,1% пациентов ОГ и КГ соответственно. Степень D ЭЭ у пациентов ОГ и КГ выявлена примерно у равного количества пациентов: 12,0 и 11,9% соответственно. Динамика данных эндоскопического исследования представлена в табл. 4.

Анализ представленных в табл. 2 данных показал, что к 28-му дню курсовой терапии количество пациентов ОГ со степенью А ЭЭ снизилось (23,9%) в сравнении с исходными данными ( $p < 0,05$ ). Эрозивный эзо-

Таблица 2  
Результаты 24-часовой рН-импедансометрии (n = 176)

| Характер рефлюктата            | Кислый, pH < 4 | Слабокислый, 4 < pH < 7 | Слабощелочной, pH > 7 |
|--------------------------------|----------------|-------------------------|-----------------------|
| Результат исследования (n ± m) | 78,9 ± 5,1     | 65,7 ± 13,8             | —                     |
| Референсные значения           | До 50          | До 33                   | До 15                 |

Таблица 3  
Динамика клинических симптомов на фоне курсовой терапии у пациентов исследуемых групп (n = 176)

| Симптомы                | Исходно     |             | 28 день           |             | 56 день         |             | 84 день     |             |
|-------------------------|-------------|-------------|-------------------|-------------|-----------------|-------------|-------------|-------------|
|                         | ОГ (n = 92) | КГ (n = 84) | ОГ (n = 92)       | КГ (n = 84) | ОГ (n = 92)     | КГ (n = 84) | ОГ (n = 92) | КГ (n = 84) |
| Изжога                  | 89 (96,7%)  | 70 (83,3%)  | 45*, **** (48,9%) | 22 (26,1%)  | 11**, + (11,9%) | 0           | 0***        | 0           |
| Регургитация            | 27 (29,3%)  | 20 (23,8%)  | 19 (20,6%)        | 11 (13,0%)  | 8 (8,7%)        | 2 (2,4%)    | 7 (7,6%)    | 2 (2,4%)    |
| Отрыжка                 | 49 (53,2%)  | 44 (52,3%)  | 25* (27,1%)       | 18 (21,4%)  | 14+ (15,2%)     | 7 (8,3%)    | 10 (10,7%)  | 2 (2,4%)    |
| Дисфагия                | 25 (27,1%)  | 17 (20,2%)  | 14 (14,9%)        | 8 (9,5%)    | 4 (4,3%)        | 0           | 0           | 0           |
| Ощущение кислоты во рту | 49 (53,2%)  | 18 (21,4%)  | 31**** (33,7%)    | 11 (13,0%)  | 7+ (7,6%)       | 0           | 0***        | 0           |
| Ощущение горечи во рту  | 0           | 0           | 0                 | 0           | 0               | 0           | 0           | 0           |
| Ком в горле             | 13 (14,1%)  | 7 (8,4%)    | 1 (1,08%)         | 1 (1,1%)    | 0               | 0           | 0           | 0           |
| Боль за грудиной        | 87 (94,6%)  | 63 (75,0%)  | 51*, **** (53,4%) | 28 (33,3%)  | 11**, + (12%)   | 0           | 7 (7,6%)    | 0           |
| Сердцебиение, перебои   | 65 (70,6%)  | 19 (22,6%)  | 33*, **** (35,9%) | 3 (3,6%)    | 9**, + (9,7%)   | 0           | 3 (3,3%)    | 0           |

Примечание: \* — различия достоверны при сравнении количества пациентов ОГ на 0-й и 28-й дни курсовой терапии ( $p < 0,05$ ); \*\* — различия достоверны при сравнении количества пациентов ОГ на 28-й и 56-й дни курсовой терапии ( $p < 0,05$ ); \*\*\* — различия достоверны при сравнении количества пациентов ОГ на 56-й и 84-й дни курсовой терапии ( $p < 0,05$ ); \*\*\*\* — различия достоверны при сравнении количества пациентов ОГ и КГ на 28-й день курсовой терапии ( $p < 0,05$ ); + — различия достоверны при сравнении количества пациентов ОГ и КГ на 56-й день курсовой терапии ( $p < 0,05$ ).

**Таблица 4**  
**Динамика результатов эндоскопического исследования у пациентов исследуемых групп на фоне курсового лечения (n = 176)**

| Степень ЭЭ               | Исходно     |             | 28 день        |             | 56 день       |             | 84 день          |
|--------------------------|-------------|-------------|----------------|-------------|---------------|-------------|------------------|
|                          | ОГ (n = 92) | КГ (n = 84) | ОГ (n = 92)    | КГ (n = 84) | ОГ (n = 92)   | КГ (n = 84) | ОГ (n = 92)      |
| Дефектов СОП не выявлено | 0           | 0           | 36**** (39,1%) | 64 (76,2%)  | 69**, + (75%) | 84 (100%)   | 92***, ++ (100%) |
| A                        | 32 (34,8%)  | 34 (40,5%)  | 22* (23,9%)    | 8 (9,5%)    | 10 (10,9%)    | 0           | 0                |
| B                        | 35 (38,0%)  | 29 (34,5%)  | 18 (19,6%)     | 6 (7,1%)    | 8 (8,7%)      | 0           | 0                |
| C                        | 14 (15,2%)  | 11 (13,1%)  | 9 (9,8%)       | 3 (3,6%)    | 3 (3,3%)      | 0           | 0                |
| D                        | 11 (12%)    | 10 (11,9%)  | 7 (7,6%)       | 3 (3,6%)    | 2 (2,1%)      | 0           | 0                |

Примечание: \* — различия достоверны при сравнении количества пациентов ОГ на 0-й и 28-й дни курсовой терапии ( $p < 0,05$ ); \*\* — различия достоверны при сравнении количества пациентов ОГ на 28-й и 56-й дни курсовой терапии ( $p < 0,05$ ); \*\*\* — различия достоверны при сравнении количества пациентов ОГ на 56-й и 84-й дни курсовой терапии ( $p < 0,05$ ); \*\*\*\* — различия достоверны при сравнении количества пациентов ОГ и КГ на 28-й день курсовой терапии ( $p < 0,05$ ); \* — различия достоверны при сравнении количества пациентов ОГ и КГ на 56-й день курсовой терапии ( $p < 0,05$ ); \*\* — различия достоверны при сравнении количества пациентов ОГ на 84-й день курсовой терапии ( $p < 0,05$ ).

**Таблица 5**  
**Динамика клинических симптомов на фоне поддерживающей терапии у пациентов исследуемых групп (n = 176)**

| Симптомы                | Исходно     |             | 28 день     |             | 56 день     |             |
|-------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
|                         | ОГ (n = 92) | КГ (n = 84) | ОГ (n = 92) | КГ (n = 84) | ОГ (n = 92) | КГ (n = 84) |
| Изжога                  | 0           | 0           | 0           | 0           | 0           | 0           |
| Регургитация            | 7 (7,6%)    | 2 (2,4%)    | 3 (3,3%)    | 2 (2,4%)    | 3 (3,3%)    | 2 (2,4%)    |
| Отрыжка                 | 10 (10,7%)  | 2 (2,4%)    | 5 (5,4%)    | 2 (2,4%)    | 4 (4,3%)    | 2 (2,4%)    |
| Дисфагия                | 0           | 0           | 0           | 0           | 0           | 0           |
| Ощущение кислоты во рту | 0           | 0           | 0           | 0           | 0           | 0           |
| Ощущение горечи во рту  | 0           | 0           | 0           | 0           | 0           | 0           |
| Ком в горле             | 0           | 0           | 0           | 0           | 0           | 0           |
| Боль за грудиной        | 7 (7,6%)    | 0           | 0           | 0           | 0           | 0           |
| Сердцебиение, перебои   | 3 (3,3%)    | 0           | 3 (3,3%)    | 0           | 3 (3,3%)    | 0           |

фагит степени B, C, D зафиксирован у 19,6; 9,8 и 7,6% пациентов исследуемой группы соответственно, что значительно меньше в сравнении с исходными данными, но статистически достоверной разницы получить не удалось ( $p > 0,05$ ). Полная эпителизация дефектов СОП наступила у 39,1% пациентов ОГ, что достоверно ниже в сравнении с показателями КГ ( $p < 0,05$ ). На 56-й день курсовой терапии у 75% пациентов ОГ наступила полная эпителизация дефектов СОП, что достоверно выше в сравнении с исходными показателями и достоверно ниже ( $p < 0,05$ ), чем в КГ (100%).

За 56 дней основного лечения у пациентов ОГ не достигнута полная эпителизация дефектов СОП, в связи с чем основной курс продолжился еще на 28 дней. При контрольной ЭГДС, выполненной на 84-й день лечения, у всех пациентов ОГ в 100% случаев достигнута эндоскопическая ремиссия.

## Поддерживающая терапия

### Оценка динамики клинической картины

К поддерживающей терапии приступили все пациенты основной и контрольной групп после достижения полной эпителизации дефектов СОП. Динамика клинических проявлений представлена в табл. 3.

Как видно из табл. 3, поддерживающая терапия в обеих группах продолжалась 56 дней. К 28-му дню терапии пациентов ОГ перестала беспокоить боль за грудиной, перебои в работе сердца сохранялись у 3,3% пациентов до окончания лечения. Жалобы на регургитацию снизились до 3,3% в ОГ и 2,4% в КГ и сохранялись на таком уровне до окончания лечения. Отрыжка беспокоила пациентов ОГ и КГ в 5,4 и 2,4% случаев соответственно без существенной динамики до окончания лечения. Среди пациентов ОГ и КГ рецидивов жалоб на изжогу и боли за грудиной отмечено не было.

### Динамика результатов эндоскопического исследования

В результате курса основной терапии наступила полная эпителизация дефектов СОП. При оценке динамики эндоскопической картины в обеих группах достоверных различий получить не удалось ( $p > 0,05$ ).

### Обсуждение

Таким образом, коморбидное течение ГЭРБ и ИБС является частой клинической ситуацией, что создает определенные диагностические трудности. По данным некоторых авторов, от 35 до 50% пациентов с ИБС имеют рефлюкс-эзофагит той или иной степени выраженности [17, 18].

Стоит учитывать тот факт, что антиангинальные препараты, назначаемые пациентам с ИБС, способны усугублять пищеводный заброс, а гастроэзофагеальные рефлюксы, в свою очередь, могут выступать триггерами нарушений ритма сердца. Длительная антиромбоцикулярная терапия, являющаяся частью



комплексной терапии и профилактики заболеваний сердечно-сосудистой системы, ассоциирована с риском развития эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки пищевода и гастродуоденальной зоны, что подтверждается литературными данными [7].

Полученные нами в результате эндоскопического исследования данные показали, что у пациентов с сочетанным течением ГЭРБ и ИБС отмечаются более выраженные изменения СОП: степень А ЭЭ зафиксирована у 34,8% пациентов ОГ, В — у 38%, С — у 15,2%, а степень D — у 12% пациентов обследуемой группы, что в целом сопоставимо с данными литературы [16].

Современная стратегия лечения направлена на снижение количества рефлюксов и повреждающих свойств рефлюктата, а также улучшение пищеводного клиренса и защиту СОП, а при сочетанных заболеваниях еще и на профилактику побочных эффектов со стороны ЖКТ, улучшение качества и прогноза жизни [16]. Несмотря на бурное развитие фармацевтического рынка и широкий спектр представленных на нем препаратов, альтернатив ИПП нет. Назначение антисекреторных препаратов является обоснованным, так как приводит к нормализации внутрипищеводного pH, снижает частоту геморрагических осложнений, улучшает клиническое течение заболевания и повышает качество жизни пациентов с ИБС за счет снижения количества и продолжительности приступов ретростернальных болей [4]. Выбор пантопразола при лечении коморбидного пациента обусловлен минимальными рисками межлекарственного взаимодействия (пантопразол рекомендован FDA (Управление по контролю за продуктами и лекарствами США) для совместного назначения с клопидогрелем), возможностью длительного безопасного приема [13, 18].

Представленные нами данные обследования и лечения, анализ результатов свидетельствуют, что у пациентов, страдающих эрозивным эзофагитом на фоне сопутствующей ИБС, отмечались более длительная регрессия клинических симптомов и эпителизация эрозивно-язвенных дефектов СОП, что подтверждается литературными данными [7, 19].

В нашей работе у пациентов с сочетанным течением ГЭРБ и ИБС на фоне проводимой антисекреторной терапии отмечалась положительная динамика клинических симптомов. Так, изжогу, беспокоившую на момент начала терапии 96,7% пациентов, удалось полностью купировать к 84-му дню курса основного лечения, а боли за грудиной беспокоили лишь 7,6% пациентов, что находит подтверждение в ряде некоторых работ и подтверждает положительный эффект терапии ИПП на течение ИБС [7].

В некоторых работах продемонстрировано, что при сочетанном течении ГЭРБ и ИБС увеличиваются сроки рубцевания эрозий и язв пищевода почти в два раза [7]. Другие авторы отмечают, что курс лечения ИПП не может быть короче четырех недель, и должен продолжаться при РЭ I–II степени до 6–8 недель, а при РЭ III–IV степени от восьми недель минимум до полугода [16]. В нашем исследовании на фоне антисекреторной терапии полная эпителизация дефектов СОП наступила у 100% пациентов ОГ к 84-му дню терапии.

## Выводы

У пациентов, страдающих эрозивным рефлюкс-эзофагитом, формируемым кислым рефлюктатом, и сопутствующей ИБС, степень А ЭЭ регистрировалась в 34,8% случаев, В — в 38,0%, С — в 15,2%, D — у 12% пациентов. При эрозивном рефлюкс-эзофагите, формируемом кислым рефлюктатом, в сочетании с ИБС в качестве курсовой терапии эффективно и безопасно применение ИПП (Контролок) в суточной дозе 80 мг в течение 12 недель. Для поддерживающей терапии сроком не менее 56 дней оптимально назначение ИПП (Контролок) в дозе 40 мг/сут., обеспечивающей клинико-эндоскопическую ремиссию.

## Список литературы

1. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // РЖГК. 2017; 27 (4): 75–95.
2. Маев И.В., Самсонов А.А., Белый П.А., Лебедева Е.Г. ГЭРБ — лидер кислотозависимой патологии ВО ЖКТ // Приложение Consilium Medicum. Гастроэнтерология, 2012, 1: 18–24.

3. Минушкин О.Н., Масловский Л.В., Теплухина О.Ю., Аникина Н.Ю. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь; эпидемиологические, патогенетические, клинико-диагностические и терапевтические аспекты // Приложение Consilium Medicum. Гастроэнтерология, 2006, 2: 31–37.
4. Беленков Ю.Н., Привалова Е.В., Юсупова А.О., Кожевникова М.В. Ишемическая болезнь сердца и рефлюкс-эзофагит: сложности дифференциального диагноза и лечения больных // РЖГК, 2011 (11), 3: 4–12.
5. Пахомова И.Г., Барышников Н.В. Современный взгляд на терапию ГЭРБ: возможности патогенетической и симптоматической терапии // РМЖ. — 2016. — Т. 24. — № 11. — С. 660–665.
6. Бушueva И.Г., Шатихин А.И. Об особенностях сочетанного течения ГЭРБ с ИБС, АГ, ХОБЛ и РА у лиц пожилого и старческого возраста и вопросы терапии. Биомедицина. — 2011. — № 4. — С. 62–64.
7. Таранченко Ю.В., Звенигородская Л.А. Дифференциальная диагностика загрудинных болей при сочетании гастроэзофагеальной рефлюксной болезни с ишемической болезнью сердца // Consilium medicum. — 2002. — Т. 4. — № 6. — С. 3–4.
8. Маев И.В., Барколова Е.В., Овсепян М.А., Кучерявый Ю.А., Андреев Д.Н. Возможности pH-импедансометрии и манометрии высокого разрешения при ведении пациентов с рефрактерной гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью // Терапевтический архив, 2017, 2: 76–83.
9. Akyüz F., Uyanikoglu A., Ermis F., Anici S., Akyüz Ü., Baran B., Pinarbasi B., Gul N. Gastroesophageal reflux in asymptomatic obese subjects: An esophageal impedance-pH study. // World J Gastroenterol., 2015 (14); 21 (10): 3030–4.
10. Юренев Г.А., Самсонов А.А., Юренева-Тхоржевская Т.В. Современный взгляд на кардиальные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Consilium medicum, 2015, 12: 44–49.
11. Бордин Д.С. Как выбрать ингибитор протонной помпы больному ГЭРБ? // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология, 2010, 2: 53–58.
12. Минушкин О.Н., Масловский Л.В. Новое в терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // ЖКТ, 2012, 2: 6.
13. Шулькева Ю.О. Пантопразол: достойный среди сильнейших // РМЖ, 2011, 28: 1782.
14. Комаров А.А., Шахматова О.О., Мурасеева В., Новикова Е.С., Гуськова Е.В., Панченко Е.П. Прием ингибиторов протонной помпы и прогноз пациентов после плановых чрескожных коронарных вмешательств // Терапевтический архив, 2018, 09: 92–100.
15. Трухан Д.И. Актуальные лекарственные взаимодействия: в фокусе — ингибиторы протонной помпы и клопидогрел // Consilium Medicum, 2017, 19: 49–52.
16. Данилов Д.В., Шульшова А.Г., Бондарева К.А. Современные возможности лечения эрозивного эзофагита // Доказательная гастроэнтерология, 2017, 1 (6): 26–30.
17. Johnson D. A. I., Chilton R., Liker H. R. Proton-pump inhibitors in patients requiring antiplatelet therapy: new FDA labeling // Postgrad Med. 2014, 126 (3): 239–245.
18. Лазебник А.Б. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у пациента с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Гастроэнтерология, 2018, 7 (151): 58–59.
19. Маев И.В., Вьючнова Е.С., Шекина В.И. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь — болезнь XXI века. // Лечащий врач, 2004, 4: 10–14.

