

# Особливості перебігу та лікування артеріальної гіпертензії у поєднанні з хронічною ішемічною хворобою серця у хворих з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою

**В.Ю. Приходько, Д.Ю. Морєва**

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Аналіз епідеміологічних даних свідчить, що поширеність гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) в Україні становить 11,1% та зростає зі збільшенням віку респондентів, що призводить до зміни структури клінічної картини та домінуванню позастравохідних проявів захворювання.

**Мета дослідження:** вивчення особливостей перебігу артеріальної гіпертензії (АГ) у поєднанні з хронічною ішемічною хворобою серця (ІХС) у пацієнтів з ГЕРХ. Установити зв'язок наявності гастроєзофагеального рефлюксу з можливими клінічними проявами ІХС (порушення ритму і частоти ішемічних епізодів за даними добового моніторингу ЕКГ, біль у грудній клітці) і показниками артеріального тиску (АТ) і його лабільності.

**Матеріали та методи.** У рамках фрагмента дослідження було обстежено 50 пацієнтів з АГ I–II ст. у поєднанні з хронічною ІХС. Методи обстеження: антропометричне, біохімічне дослідження крові, амбулаторне моніторування АТ, добове моніторування ЕКГ, ЕГДС, ЕхоКГ, тестування за GerdQ.

**Результати.** Коморбідність АГ і хронічної ІХС та ГЕРХ асоціюється з більшою частотою абдомінального типу ожиріння і метаболічного синдрому, що збільшує рівень кардіоваскулярного ризику у пацієнтів з ГЕРХ. Наявність ГЕРХ у пацієнтів з АГ на тлі хронічної ІХС зумовлює збільшення частоти і тяжкості порушень ритму. У пацієнтів на тлі ГЕРХ частіше спостерігається фібриляція передсердь. При супутній ГЕРХ у пацієнтів з ІХС достовірно більша частота і тривалість ішемічних епізодів. Коморбідність з ГЕРХ погіршує перебіг АГ, характеризується більш високими показниками САТ і ДАТ у нічний час і високою варіабельністю САТ і ДАТ протягом доби.

**Заключення.** Наявність ГЕРХ у хворих з АГ і ІХС асоціюється із більш важкими клінічними проявами основного захворювання і тому може розцінюватися як ускладнювальний ІХС- і АГ-фактор.

**Ключові слова:** артеріальна гіпертензія, хронічна ішемічна хвороба серця, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, опитувальник GerdQ.

На сьогоднішній день гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) є доволі актуальним питанням і одним з найпоширеніших захворювань травного тракту (ТТ), в тому числі у пацієнтів з коморбідною патологією. За даними Всесвітньої організації гастроентерологів, поширеність ГЕРХ у стаціонарних хворих складає 30%, ерозивний езофагіт виявляють у 13%, НЕРХ – у 16,7%. ГЕРХ у людей похилого віку з супутньою ІХС має атиповий перебіг. У пацієнтів з атиповим перебігом хвороби може спостерігатися подібний до стенокардії больовий синдром, при цьому не можна відзначити паралелізму між клінічними, ендоскопічними та морфологічними проявами хвороби [1, 3, 7]. У

25% випадків ГЕРХ проявляється тільки позастравохідними проявами. Дослідження останніх років демонструють досить часте виявлення пацієнтів з поєднаною патологією: 40% пацієнтів з ІХС мають проблеми з гастроєзофагеальною зоною, а 62,7% хворих з гастроентерологічною патологією мають ураження серцево-судинної системи (ССС), зокрема хронічну ІХС. Є дані про те, що серед пацієнтів з атиповими проявами ГЕРХ преважують пацієнти з болем у грудній клітці некардіального генезу. У 10–15% випадків єдиним проявом ГЕРХ може бути біль у грудній клітці, який має схожі клінічні характеристики з болем коронарної природи. Беручи до уваги результати низки клінічних досліджень, ГЕРХ посідає друге місце після ІХС у якості ініціатора больового синдрому у грудній клітці.

Клінічною групою, якій особливо притаманна поліморбідність, є люди похилого і старечого віку. Тенденція до постаріння населення спонукає більш ретельно аналізувати спільні фактори ризику розвитку захворювань, зокрема таких, як ІХС і ГЕРХ. Наприклад, зростання маси тіла та збільшення індексу маси тіла (ІМТ) безсумнівно є спільним фактором ризику для ІХС та ГЕРХ. Характер розподілу жирової тканини при абдомінальному типі ожиріння збільшує ступінь кардіоваскулярного ризику і одночасно збільшує ризик виникнення ГЕРХ [9, 24]. Зі збільшенням ІМТ зростає ризик розвитку кили стравохідного отвору діафрагми як головного підґрунтя для розвитку гастроєзофагеального рефлюксу, який у свою чергу виступає головним тригерним механізмом у виникненні аритмій та провокуванні нападів стенокардії [2, 4, 6, 11, 16]. Спільність вегетативної іннервації серця та стравоходу уподібнює клінічні прояви стенокардитичного болю з болем гастроєзофагеальної природи і зумовлює потребу в удосконаленні диференційних підходів. Переконливих даних щодо особливостей перебігу артеріальної гіпертензії (АГ) на фоні ГЕРХ у літературі немає, тому це питання потребує подальшого поглибленого вивчення.

**Мета дослідження:** вивчення особливостей перебігу АГ у поєднанні з хронічною ІХС у хворих з ГЕРХ, встановлення зв'язку наявності гастроєзофагеального рефлюксу з можливими клінічними проявами ІХС (порушення ритму і частота ішемічних епізодів на добовому моніторингу ЕКГ, біль у грудній клітці) та показниками артеріального тиску (АТ) і його лабільності.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У рамках фрагмента дослідження було обстежено 50 хворих з АГ 1–2-го ступеня. Діагноз гіпертонічної хвороби (ГХ) встановлювали за результатами обстеження хворих (анамнестичні дані, аналіз скарг, результатів фізикального та лабораторного і інструментального обстеження) відповідно до класифікації, прийнятій в Україні у 1992 році

Таблиця 1

## Частота ожиріння у пацієнтів з АГ у поєднанні з хронічною ІХС залежно від наявності ГЕРХ, n (%)

Показник	АГ + хронічна ІХС, n=21	АГ + хронічна ІХС + ГЕРХ, n=29
ОТ/ОС, чоловіки >1,0, жінки >0,85	4 (66,7)	10 (100,0)
	12 (80,0)	18 (94,7)
ІМТ, кг/м <sup>2</sup>	28,7±3,87	32,2±3,9
ІМТ (18,5-24,9)	5 (23,8)	2 (6,9)
ІМТ (25,0-29,9)	8 (38,1)	14 (48,3)
ІМТ (30,0-34,9)	8 (38,1)	7 (24,1)
ІМТ (35,0-39,9)	0 (0)	5 (17,2)
ІМТ (>40,0)	0 (0)	1 (3,4)

Таблиця 2

## Антропометричні показники у пацієнтів з АГ у поєднанні з хронічною ІХС залежно від наявності ГЕРХ

Показник	АГ + хронічна ІХС, n=21	АГ + хронічна ІХС + ГЕРХ, n=29
Маса тіла, кг	80,29±6,3	89,34±7,5
ОТ, см	95,67±6,4	104,31±7,0
ОС, см	101,71±7,6	104,07±9,2

згідно з Наказами МОЗ України № 206 від 30.12.1992 р. та № 247 від 01.08.1998 р. та згідно з останніми рекомендаціями Європейського товариства гіпертензії (ESH) і Європейського товариства кардіологів (ESC). Хронічна ІХС була представлена стабільною стенокардією. Залежно від толерантності до фізичного навантаження діагностували стабільну стенокардію напруження I, II, III функціональних класів згідно з класифікацією Канадського кардіоваскулярного товариства [5, 8]. Вік хворих у середньому склав 64,8±8,5 року (від 44 до 78 років). Жінок було включено 34 (68%), чоловіків – 16 (32%). Жінок віком від 44 до 59 років було 5 (14,7%), від 60 до 78 років – 29 (85,30%). Чоловіків від 44 до 59 було 6 (37,5%), від 60 до 78 років – 10 (62,5%). Усі включені у дослідження особи були розподілені на дві групи залежно від наявності супутньої ГЕРХ. У першу (контрольну) групу увійшла 21 особа з ГХ у поєднанні з хронічною ІХС без супутньої ГЕРХ, у другу (основну) групу – 29 осіб з ГХ у поєднанні з хронічною ІХС на фоні ГЕРХ. Також усі хворі були розподілені на групи за віком: група середнього віку (від 44 до 59 років) та група пацієнтів похилого віку (від 60 до 78 років).

Пацієнтам були проведені наступні дослідження: антропометричні – вимірювали зріст, масу тіла, обвід талії (ОТ) та стегон (ОС), розраховували показники ІМТ та співвідношення ОТ/ОС; вимірювали АТ методом М.С. Короткова, ЕКГ у 12 відведеннях; добове монітору-

вання АТ та добове моніторування ЕКГ, ЕхоКГ з розрахунком показників інтракардіальної та системної гемодинаміки; езофагогастроуденоскопію. Якщо під час проведення ЕГДС виявляли ендоскопічно позитивний варіант ГЕРХ, ступінь езофагіту визначали відповідно до ендоскопічної Лос-Анджелеської класифікації (ступінь А, В, С, D). Також проводили загальноклінічні та біохімічні дослідження крові; тестування за візуально-аналоговою шкалою оцінки якості життя, для оцінювання вираженості вегетативної дисфункції застосовували опитувальник А.М. Вейна. При добовому моніторуванні ЕКГ проводили дослідження варіабельності серцевого ритму (ВСР). Пацієнти обох груп проходили тестування за опитувальником GerdQ, сутність опитування за яким зводиться до верифікації симптомів ураження верхніх відділів ТТ і при наборі певної кількості балів збільшує вірогідність діагнозу ГЕРХ.

Згідно із загальноприйнятими методами варіаційної статистики проводили визначення середньої арифметичної, квадратичного відхилення. Для оцінювання достовірності різниці між середніми величинами застосовували непараметричні критерії з використанням пакета «Statistica 6.0»: для незалежних сукупностей – U-критерій Манна-Уїтні. Для оцінювання ступеня взаємозв'язків між парами незалежних ознак використовували коефіцієнт рангової кореляції Спірмена.

Таблиця 3

## Результати анкетування за шкалою GerdQ

Показник	АГ + хронічна ІХС, n=21	АГ + хронічна ІХС + ГЕРХ, n=29
До 8 балів	18 (85,7)	2 (6,9)
8 балів та більше	3 (14,3)	27 (93,1)

Таблиця 4

## Характеристика порушень ліпідного обміну у пацієнтів з АГ у поєднанні з хронічною ІХС залежно від наявності ГЕРХ, n (%)

Показник	АГ + хронічна ІХС, n=21	АГ + хронічна ІХС + ГЕРХ, n=29
ЗХС >4,0	19 (90,5)	27 (93,1)
ХС ЛПНЦ >1,8	19 (90,5)	26 (89,7)
ХС ЛПВЩ <1,0	4 (19)	2 (6,9)
ТГ >1,7	4 (19)	11 (37,9)

**Характеристика порушень ритму та наявності ішемічних епізодів у пацієнтів з АГ у поєднанні з хронічною ІХС залежно від наявності ГЕРХ**

Показник	АГ + хронічна ІХС, n=21			АГ + хронічна ІХС + ГЕРХ, n=29		
	Середньодобова кількість, М	Чоловіки, n (%)	Жінки, n (%)	Середньодобова кількість, М	Чоловіки, n (%)	Жінки, n (%)
Усього		6 (100,0)	15 (100,0)		10 (100,0)	19 (100,0)
Суправентрикулярні порушення ритму	67,85	3 (50,0)	7 (46,7)	180,12	3 (30,0)	11 (57,9)
Шлуночкові порушення ритму	5,95	1 (16,7)	2 (13,3)	184,39	1 (10,0)	0 (0,0)
Поєднані суправентрикулярні та шлуночкові порушення ритму		1 (16,7)	1 (6,7)		5 (50,0)	5 (26,3)
Фібриляція передсердь		0 (0,0)	0 (0,0)		2 (20,0)	4 (21,1)
- тахіформа		0 (0,0)	0 (0,0)		2 (100,0)	3 (75,0)
- брадиформа		0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)
- тахібрадиформа		0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	1 (25,0)
Наявність ішемії		1 (33,3)	2 (66,7)		4 (40,0)	4 (21,1)

Таблиця 6

**Показники ДМАТ у пацієнтів з ГХ у поєднанні з хронічною ІХС залежно від наявності ГЕРХ**

Показники	АГ + хронічна ІХС, n=21			АГ + хронічна ІХС + ГЕРХ, n=29		
	Абсолютна кількість	%	Усього	Абсолютна кількість	%	Усього
ДІ САТ менше 10 (nd)	7	33,33	21	12	42,86	29
ДІ ДАТ менше 10 (nd)	6	28,57		9	32,14	
ДІ САТ 10-20 (d)	10	47,62		11	39,29	
ДІ ДАТ 10-20 (d)	8	38,10		13	46,43	
ДІ САТ більше 20 (od)	0	0		1	3,57	
ДІ ДАТ більше 20 (od)	6	28,57		3	10,71	
ДІ САТ менше 0 (np)	4	19,5		4	14,29	
ДІ ДАТ менше 0 (np)	1	4,76		3	10,71	
STD САТдоб.	5	23,81	21	18	64,29	29
STD САТдень	4	19,5		16	57,14	
STD САТніч	5	23,81		5	17,86	
STD ДАТдоб.	3	14,29		6	21,43	
STD ДАТдень	2	9,52		4	14,29	
STD ДАТніч	1	4,76		0	0	

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

Аналізуючи отримані антропометричні дані у двох групах (табл. 1, 2) можна відзначити, що середня маса тіла у групі пацієнтів з АГ і ІХС з супутньою ГЕРХ достовірно перевищує таку в групі АГ у поєднанні з ІХС без ГЕРХ ( $p < 0,01$ ). Показник ОТ в основній групі також достовірно перевищує цей показник у групі контролю ( $p < 0,01$ ). Таким чином, наявність ГЕРХ асоціюється з більш вираженим ступенем абдомінального ожиріння. ІМТ  $> 30$  кг/м<sup>2</sup> (ожиріння) виявлено у 44,7% пацієнтів з ГЕРХ та у 38,1% пацієнтів без супутньої ГЕРХ. Слід також відзначити, що пацієнтів з абдомінальним типом розподілу жирової тканини (що характеризується показником ОТ/ОС) у групі ГЕРХ значно більше. Особливо помітно це було серед осіб чоловічої статі: 100% у групі з ГЕРХ мали абдомінальне ожиріння і 66,7% – у групі без ГЕРХ. Порівнюючи групи пацієнтів стосовно показників ІМТ, можна дійти висновку, що серед пацієнтів з АГ у поєднанні з ІХС на фоні ГЕРХ більша частка пацієнтів, які мають надлишок маси тіла (48,3%), проти 38,1% без супутньої ГЕРХ. Пацієнтів з

ожирінням І ст. виявилось більше в групі АГ у поєднанні з ІХС без ГЕРХ (38,1%), а от пацієнти з ІІ ст. і ІІІ ст. ожиріння були лише у групі ГЕРХ – 17,2% та 3,4% відповідно. Ці дані співпадають з даними інших досліджень, які свідчать про переважання в осіб з ГЕРХ абдомінального ожиріння [13–15, 17, 21, 22]. Таким чином, привертає увагу, що серед пацієнтів з АГ у поєднанні з ІХС при супутній ГЕРХ більша частка осіб, які мають надлишок маси тіла, абдомінальний тип розподілу жирової тканини та схильність до більш високих ступенів ожиріння, що в цілому підвищує ризик розвитку у таких пацієнтів метаболічного синдрому і як наслідок – підвищення загального кардіоваскулярного ризику. Це одна з важливих ланок патогенетичного зв'язку ГЕРХ з серцево-судинною патологією.

Пацієнтам обох груп проводили анкетування за шкалою GerDQ (табл. 3). Анкета складається з шести запитань, на кожне запитання передбачається чотири варіанти відповіді, залежно від відповіді проводять оцінювання від 0 до 3 балів за кожний варіант відповіді. Якщо пацієнт набирає 8 та більше балів, результат вважається позитивним, що

збільшує вірогідність діагнозу GERX [18, 19, 27]. Серед осіб з ендоскопічно підтвердженим діагнозом GERX результати анкетування виявили 6,9% пацієнтів, у яких сумарний результуючий бал за анкету GerdQ склав менше 8 балів, що відповідає негативному результату стосовно підтвердження діагнозу GERX. Однак за результатами ендоскопії у цих пацієнтів був виявлений ендоскопічно позитивний варіант GERX. У той самий час у групі пацієнтів без супутньої GERX було виявлено 14,3% пацієнтів, які за відсутності ендоскопічних ознак рефлюксоезофагіту мали позитивний результуючий бал за анкету GerdQ. Однак ця група пацієнтів за результатами емпіричної кислосупресивної терапії не продемонструвала регресії симптомів, що дозволило віднести цих пацієнтів до групи GERX-негативних, а скарги вважати такими, які спричинені виключно патологією з боку ССС. За результатами анкетування можна зробити висновок, що методика із застосуванням шкали GerdQ виявила себе як високочутлива ( $Se=0,93$ ), специфічна ( $Sp=0,71$ ) та характеризується високою прогностичною цінністю ( $PPV=0,87$ ;  $NPV=0,11$ ).

Під час порівняння характеру порушень ліпідного обміну в обох групах пацієнтів (табл. 4) привертає увагу однаково високий процент пацієнтів, що мають рівень загального холестерину (ХС) більше 4,0 ммоль/л та рівень ХС ЛПНЩ більше 1,8 ммоль/л (цільові значення для хворих дуже високого ризику, до яких належать хворі з ІХС). У групі пацієнтів з АГ у поєднанні з хронічною ІХС він складає 90,5% та 90,5%, тоді як у групі АГ у поєднанні з хронічною ІХС на фоні GERX цей показник дорівнює 93,1% та 89,7% відповідно. Корекцію ліпідного профілю в обох групах проводили статинами в ідентичних режимах. Що стосується рівнів ХС ЛПВЩ та ТГ, то у групі АГ у поєднанні з хронічною ІХС на фоні GERX відзначали менший процент пацієнтів з рівнем ХС ЛПВЩ менше 1,0 ммоль/л та значно вищий процент пацієнтів з рівнем ТГ більше 1,7 ммоль/л у порівнянні з групою АГ у поєднанні з хронічною ІХС ( $p<0,01$ ). Такі зміни у ліпідному профілі крові пацієнтів групи з супутньою GERX пояснюються більшою часткою пацієнтів, у яких діагностований метаболічний синдром. Під час порівняння обох груп пацієнтів на виявлення метаболічного синдрому відповідно до критеріїв IDF були отримані наступні результати: у групі АГ у поєднанні з хронічною ІХС виявлено 4,7% пацієнтів з метаболічним синдромом, у групі АГ у поєднанні з хронічною ІХС на фоні GERX пацієнти з метаболічним синдромом склали 20,6%. Таким чином, GERX асоціюється з більшою поширеністю у пацієнтів метаболічного синдрому і, як наслідок, з підвищенням загального серцевого судинного ризику.

Усім пацієнтам було проведено добове моніторування ЕКГ, результати якого представлені у табл. 5. Під час дослідження порушень ритму в обох групах відзначено, що частота суправентрикулярних порушень ритму у групі пацієнтів з АГ у поєднанні з хронічною ІХС на фоні GERX достовірно вища, ніж у групі АГ у поєднанні з хронічною ІХС ( $p<0,01$ ). При цьому у групі з суправентрикулярними порушеннями ритму серця превалювали жінки (вони склали 57,9%). Частота виявлення ізольованих шлуночкових порушень ритму в обох групах не мала достовірної статистичної різниці, тоді як частота поєднаних порушень ритму у групі пацієнтів з GERX достовірно ( $p<0,01$ ) перевищувала показники пацієнтів групи АГ у поєднанні з хронічною ІХС і склали відповідно 76,3% та 23,4%. Фібриляцію передсердь достовірно частіше реєстрували у групі пацієнтів з GERX ( $p<0,01$ ), аніж у групі АГ у поєднанні з хронічною ІХС. При цьому між наявністю GERX та частотою ФП була виявлена тісна кореляція ( $r=0,75$ ;  $p<0,05$ ). Що стосується частоти

реєстрації ішемічних епізодів, то вона також була достовірно ( $p<0,05$ ) вища у групі пацієнтів з GERX і склала відповідно 27,58% проти 14,28% у групі без супутньої GERX. Таким чином, встановлено, що пацієнти з супутньою GERX мають високий ступінь ризику розвитку аритмій та характеризуються більш частими і тривалими ішемічними епізодами, що підтверджено також і даними літератури [4, 10, 12, 20, 23, 25].

Аналізуючи дані добового моніторингу АТ в досліджуваних групах пацієнтів (табл. 6), було відзначено, що добовий профіль САТ у групі АГ у поєднанні з хронічною ІХС на фоні GERX характеризується більшою кількістю пацієнтів з недостатнім нічним зниженням САТ (кількість non-dipper складала 42,86), меншою кількістю пацієнтів з нормальним зниженням САТ у нічні години (кількість dipper – 39,29) та наявністю пацієнтів з надмірним зниженням САТ у нічні години (кількість over-dipper – 3,57). Добовий профіль ДАТ у групі пацієнтів з GERX характеризується більшою кількістю пацієнтів, у яких показники ДАТ у нічні години вищі, ніж у денний час (кількість night-peaker – 10,71). Параметри варіабельності АТ у групі пацієнтів з АГ у поєднанні з хронічною ІХС на фоні GERX характеризуються більшою кількістю пацієнтів із вищим за норму стандартним відхиленням (STD) САТ за добу (64,29) та вищими показниками STD САТ удень (57,14), що свідчить про більшу варіабельність САТ у пацієнтів з GERX. Група пацієнтів з GERX характеризується також більшою кількістю пацієнтів з STD ДАТ більше норми вдень (14,29) та STD ДАТ за добу (21,43), що демонструє більшу варіабельність ДАТ у денні години та загалом за добу. Таким чином, коморбідність АГ і ІХС з GERX характеризується більш агресивним перебігом АГ, який відзначається недостатнім зниженням САТ та підвищенням показників ДАТ у нічні години, а також підвищеною варіабельністю САТ та ДАТ. Саме негативні зсуви у добовому профілі АТ можуть зумовлювати збільшення загального кардіоваскулярного ризику у коморбідних хворих навіть за відсутності суттєвих відмінностей у середніх значеннях АТ при офісному вимірюванні.

## ВИСНОВКИ

1. Коморбідність АГ і ІХС з GERX асоціюється із більшою частотою не тільки ожиріння, але й абдомінального ожиріння, що пов'язане із вищою частотою у таких хворих метаболічного синдрому. Наявність останнього зумовлює збільшення кардіоваскулярного ризику у хворих з GERX.
2. Для попередньої діагностики GERX терапевтами і сімейними лікарями може застосовуватися опитувальник (анкета) GerdQ, який за клінічними ознаками дозволяє виявити GERX ще до проведення ендоскопічного дослідження. Анкета GerdQ підтвердила свою високу чутливість та специфічність у діагностиці GERX: виявлено кореляційний зв'язок між наявністю GERX та кількісною бальною оцінкою симптомів рефлюксу.
3. При супутній GERX у хворих на АГ та ІХС відзначена більша частота та важкість проявів порушень ритму: достовірно більша частота суправентрикулярних та змішаних порушень ритму, а також достовірно частіше спостерігається фібриляція передсердь.
4. При супутній GERX у хворих на ІХС достовірно більша частота і тривалість ішемічних епізодів.
5. Коморбідність з GERX погіршує перебіг АГ, характеризується більш високими показниками САТ та ДАТ у нічні години та високою варіабельністю САТ і ДАТ протягом доби.
6. Наявність GERX у хворих з АГ і ІХС асоціюється із більш важкими клінічними проявами основного захворювання і тому може розцінюватися як ускладнювальний ІХС- і АГ-фактор.

**Особенности течения и лечения артериальной гипертензии в сочетании с хронической ишемической болезнью сердца у больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью**  
**В.Ю. Приходько, Д.Ю. Морева**

**Features of the course and treatment of hypertension in combination with chronic ischemic heart disease in patients with gastroesophageal reflux disease**  
**V.Y. Prikhodko, D.Y. Moreva**

Анализ эпидемиологических данных свидетельствует, что распространенность гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) в Украине составляет 11,1% и возрастает с увеличением возраста респондентов, приводит к изменению структуры клинической картины и доминированию внепищеводных проявлений заболевания.

**Цель исследования:** изучение особенности течения артериальной гипертензии (АГ) в сочетании с хронической ишемической болезнью сердца (ИБС) у пациентов с ГЭРБ. Установить связь наличия гастроэзофагеального рефлюкса с возможными клиническими проявлениями ИБС (нарушения ритма и частоты ишемических эпизодов по данным суточного мониторинга ЭКГ, боль в грудной клетке) и показателями артериального давления (АД) и его лабильности.

**Материалы и методы.** В рамках фрагмента исследования было обследовано 50 пациентов с АГ I–II ст. в сочетании с хронической ИБС. Методы обследования: антропометрический, биохимическое исследование крови, амбулаторное мониторирование АД, суточное мониторирование ЕКГ, ЭГДС, ЭхоКГ, тестирование по GerdQ.

**Результаты.** Коморбидность АГ и хронической ИБС с ГЭРБ ассоциируется с большей частотой абдоминального типа ожирения и метаболического синдрома, что увеличивает уровень кардиоваскулярного риска у пациентов с ГЭРБ. Наличие ГЭРБ у пациентов с АГ на фоне хронической ИБС обуславливает увеличение частоты и тяжести нарушений ритма. У пациентов на фоне ГЭРБ чаще наблюдается фибрилляция предсердий. При сопутствующей ГЭРБ у пациентов с ИБС достоверно большая частота и длительность ишемических эпизодов. Коморбидность с ГЭРБ ухудшает течение АГ, характеризуется более высокими показателями САД и ДАД в ночное время и высокой вариабельностью САД и ДАД в течение суток.

**Заключение.** Наличие ГЭРБ у больных с АГ и ИБС ассоциируется с более тяжелыми проявлениями основного заболевания и поэтому может рассматриваться как осложняющий ИБС- и АГ-фактор.

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия, хроническая ишемическая болезнь сердца, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, опросник GerdQ.

The analysis of epidemiological data shows that the prevalence of GERD in Ukraine is 11.1. Prevalence of GERD increases with the age of respondents, which leads to changes in the structure of clinical disease and dominance of extraesophageal manifestations of disease.

**Purpose of the work.** The goal was to explore the features of arterial hypertension (AH) combined with chronic coronary heart disease (CHD) in patients with gastroesophageal reflux disease (GERD). Establish a connection presence of gastroesophageal reflux with possible clinical manifestations of coronary heart disease (arrhythmias, and ischemic episodes according to the daily monitoring of ECG, chest pain) and blood pressure and its lability.

**Materials and methods.** As part of the fragment study examined 50 patients with hypertension I–II art. combined with chronic ischemic heart disease. Methods of examination: anthropometric, biochemical blood tests, ambulatory blood pressure monitoring, Holter ECG, upper endoscopy, echocardiography, test GerdQ.

**Results.** Comorbidity of hypertension and chronic coronary artery disease and GERD is associated with a greater frequency of abdominal type of obesity and metabolic syndrome, which increases the level of cardiovascular risk in patients with GERD. The presence of GERD in patients with hypertension with chronic ischemic heart disease causes an increase in the frequency and severity of arrhythmias. Patients on the background of GERD more common atrial fibrillation. When concomitant GERD in patients with coronary artery disease was significantly greater frequency and duration of ischemic episodes. Comorbidity with GERD worsens hypertension, characterized by high levels of SBP and DBP at night and high variability in SBP and DBP during the day.

**Conclusion.** The presence of GERD in patients with hypertension and coronary heart disease is associated with more severe manifestations of the underlying disease and can therefore be regarded as complicating IBS- and AG- factor.

**Key words:** arterial hypertension, chronic ischemic heart disease, gastroesophageal reflux disease, questionnaire GerdQ.

### Сведения об авторах

**Приходько Виктория Юрьевна** – Кафедра терапии и гериатрии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04114, г. Киев, ул. Вышгородская, 67. E-mail: prokhodko@ukr.net

**Морева Диана Юрьевна** – Кафедра терапии и гериатрии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04114, г. Киев, ул. Вышгородская, 67

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бабак М.О. Гастроэзофагеальна рефлюксна хвороба в поєднанні з ожирінням: клініко-патогенетичні особливості, епідеміологічний аналіз та прогнозування перебігу: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.01.02 «внутрішні хвороби» / М.О. Бабак. – Луганськ, 2011. – 27 с.
2. Беленков Ю.Н. Ишемическая болезнь сердца и рефлюкс-эзофагит: сложности дифференциальной диагностики и лечения больных / Ю.Н. Беленков, Е.В. Привалова, А.О. Юсупова, М.В. Кожевникова // Медицина неотложных состояний. – 2012. – № 1 (40). – С. 13–19.
3. Бондаренко Е.Ю. Гастроэзофагеальная болезнь у больных с метаболическим синдромом / Е.Ю. Бондаренко, Л.А. Звенигородская, Б.З. Чичунова, С.Г. Хомерики // Клини.геронт. – 2007. – Т. 13, № 1. – С. 18–21.
4. Звенигородская Л.А. Особенности течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у пожилых больных с сопутствующей ишемической болезнью сердца / Л.А. Звенигородская, Ю.В. Таранченко // Тер. архив. – 2006. – Т. 78, № 2. – С. 42–45.
5. Клінічні рекомендації з артеріальної гіпертензії Європейського товариства гіпертензії (ESH) та Європейського товариства кардіологів (ESC) 2013 року / [Науковий редактор перекладу Сіренко Ю.М.] // Артеріальна гіпертензія. – 2013. – № 4 (30). – 160 с.
6. Козлова И.В. Гастроэзофагеальный рефлюкс и степень эзофагита у больных ИБС: влияние на показатели реполяризации и вариабельности сердечного ритма / И.В. Козлова, С.В. Логинов, Ю.Г. Шварц // Клиническая Медицина. – 2004. – № 9. – С. 20–34.
7. Лазебник Л.Б. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у людей пожилого возраста / Л.Б. Лазебник, Ю.В. Васильев, А.Э. Лычкова, А.А. Машарва // Клини. геронт. – 2007. – № 1. – С. 38–49.
8. Лікування стабільної стенокардії. Методичні рекомендації / [Лутай М.І., Волков В.І., Коваль О.А. та ін.]; під ред. М.І. Лутая. – К.: ННЦ «Інститут кардіології ім. Стражеска» НАМНУ, 2012. – 28 с.
9. Онучина Е.В. Проспективное пятилетнее наблюдение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у лиц пожилого и старческого возраста / Е.В. Онучина, В.В. Цуканов // Клиническая геронтология. – 2010. – № 1–2. – С. 34–38.
10. Хлынова О.В. Состояние сердечно-сосудистой системы у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью по данным длительного ЭКГ и АД-мониторирования / О.В. Хлынова, А.В. Туев, Л.В. Кокаровцева // ГОУ ВПО «ПГМА им. акад. Е.А. Вагнера» Росздрава, г. Пермь, Россия. – С. 1–7.
11. Хухліна О.С. Особливості клініки та спільні ланки патогенезу ішемічної хвороби серця та гастроэзофагеальної рефлюксної хвороби / О.С. Хухліна, С.В. Вірста, І.В. Трефаленко // Кліні. та експеримент. патологія. – 2011. – № 2. – С. 151–154.
12. Щербинина М.Б. Кардиальные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: тактика ведения пациентов / М.Б. Щербинина, И.Я. Будзак // Сучасна гастроентерологія. – 2008. – № 2 (40). – С. 34–39.
13. El-Serag H.B. Obesity increases oesophageal acid exposure / H.B. El-Serag, G.A. Ergun, J. Pandolfino,

- Fitzgerald S., T. Tran // Gut. – 2007. – Vol. 56. – P. 749–755.
14. Festi D. Bodyweight, lifestyle, dietary habits and gastroesophageal reflux disease / D. Festi, E. Scaiola, F. Baldi, A. Vestitoatal. // World Journal of Gastroenterology. – 2009. – Vol. 15. – P. 1690–1701.
15. Friedenberg F.K. The association between gastroesophageal reflux disease and obesity / F.K. Friedenberg, M. Xanthopoulos, G.D. Foster // Am. J. Gastroenterol. – 2008. – Vol. 103. – P. 2111–2122.
16. Frye J.W. Extraesophageal GERD / J.W. Frye, M.F. Vaezi // Gastroenterol. Clin. North Am. – 2008. – Vol. 37. – P. 845–858.
17. Hampel H. Meta-analysis: obesity and the risk for gastroesophageal reflux disease and its complications / H. Hampel, N.S. Abraham, H.B. El-Serag // Ann. Intern. Med. – 2005. – Vol. 143. – P. 199–211.
18. Jonasson C. Validation of the Gerd Q questionnaire for diagnosis of gastroesophageal reflux disease / C. Jonasson, B. Wernersson, D.A. Hoffatal // Aliment Pharmacol Ther. – 2013. – Vol. 37. – P. 564–572.
19. Jones R. Development of the GerdQ, a tool for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease in primary care / R. Jones, O. Junghard, I. Dent et al. // Alim. Pharmacol. And Therapeutics. – 2009. – Vol. 30. – P. 1030–1038.
20. Kunz J.S. Is there a link between gastroesophageal reflux disease and atrial fibrillation? / J.S. Kunz, B. Hemann, J. Edwin Atwood et al. // Clin. Cardiol. – 2009. – Vol. 32, № 10. – P. 584–587.
21. Nocon M. Association of body mass index with heartburn, regurgitation and esophagitis: result of the Progression of Gastroesophageal Reflux Disease study / M. Nocon, J. Labenz, D. Jaspersen et al. // J. Gastroenterol. Hepatol. – 2007. – Vol. 22. – P. 1728–1731.
22. Rey E. Association between weight gain and symptoms of gastroesophageal reflux in the general population / E. Rey, C. Moreno-Elola-Olaso, F.R. Artalejo, G.R. Lockett et al. // Am. J. Gastroenterol. – 2006. – Vol. 101. – P. 229–233.
23. Roman C. Atrial fibrillation in patients with gastroesophageal reflux disease: A comprehensive review / C. Roman, S. Bruley des Varannes, L. Muresan, A. Picos et al. // World Journal of Gastroenterology. – 2014. – Vol. 20. – P. 9592–9599.
24. Stein D.J. The association of body mass index with Barrett's oesophagus / D.J. Stein, H.B. El-Serag, J. Kuezynskietal. // Aliment Pharmacol Ther. – 2005. – Vol. 22. – P. 1005–1010.
25. Valagapudi P. Atrial fibrillation and acid reflux disease / P. Valagapudi, M. Turagam, M. Leal, A. Kocheril // Clin Cardiol. – 2012. – Vol. 35. – P. 1180–1186.
26. Watanabe S. Metabolic syndrome and gastrointestinal diseases / S. Watanabe, M. Hojo, A. Nagahara // Am. J. Gastroenterol. – 2007. – Vol. 42. – P. 267–274.
27. Zavala-Gonzales M. Validation and Diagnostic Usefulness of Gastroesophageal Reflux Disease Questionnaire in a Primary Care Level in Mexico / M. Zavala-Gonzales, A. Azamar-Jacome, A. Meixueiro-Daza, Ade la Medina // Journal of Neurogastroenterology and Motility. – 2014. – Vol. 20. – P. 475–482.

Статья поступила в редакцию 11.01.2016

## НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

### УЧЕНЫЕ ПРЕДПОЛОЖИЛИ СВЯЗЬ ДЕТСКОГО АУТИЗМА И ИНФЕКЦИЙ У БЕРЕМЕННОЙ

Ученые Детского исследовательского госпиталя St. Jude из Мемфиса объяснили, как бактериальные инфекции у беременной могут быть связаны с повышенным риском детского аутизма и другими нарушениями когнитивных функций у ребенка.

Они обнаружили частицы бактериальных клеток, которые проходили через плацентарный барьер и оказывали воздействие на клетки формирующейся коры головного мозга. В результате количество нейронов коры увеличилось на 50%, но они были неполноценны.

Речи идет о любой бактериальной инфекции в период беременности: пневмония, воспаление почек, цистит, и даже ОРВИ. Наиболее сильное влияние на головной мозг плода инфекция оказывает на ранних сроках беременности.

Эксперимент проводился на лабораторных мышах, и его результаты были для ученых очень

неожиданными. Первым открытием было то, что частицы разрушенных бактерий способны проникать через плаценту к плоду. Но более удивительным оказалось воздействие остатков бактерий на поведение нейронов.

Обломки клеточных стенок бактерий после проникновения через плацентарный барьер поступали вместе с кровью к головному мозгу. Но они не оказывали угнетающего действия на нейроны, как могли бы живые бактерии, а запускали механизм пролиферации. В результате количество нейронов в молодой коре плода за несколько дней увеличилось на 50%. Этот механизм объясняется взаимодействием иммунной системы плода и сигнальных белков, которые вырабатываются в ответ на действие чужеродного материала.

Увеличение числа нейронов не оказывало при этом положительное влияние на работу головного мозга в дальнейшем. Те мыши,

которые внутриутробно подверглись воздействию обломков бактерий, во взрослом возрасте значительно хуже обучались: общий показатель исследования когнитивных функций был ниже среднего.

Исходя из полученных в результате исследования данных, ученые намерены выяснить, какие именно антибиотики лучше применять у беременных женщин в случае инфекций. Как известно, бактерицидные антибиотики разрушают бактерии, приводя к появлению обломков клеточных стенок в крови, а бактериостатические - останавливают размножение бактерий, и они разрушаются постепенно, не все одновременно.

Кроме этого, авторы исследования намерены выяснить, как их открытие поможет в поиске способа восстановления утраченных функций коры головного мозга.

<http://www.likar.info/>