

Особенности течения артериальной гипертензии в сочетании с хронической ишемической болезнью сердца у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Роль теста с ингибиторами протонной помпы в диагностике и лечении разных форм заболевания

В.Ю. Приходько, Д.Ю. Морева

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев

Основываясь на данных региональных эпидемиологических исследований, распространенность гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) в Украине составляет 11,1%, что далеко не отражает истинной картины заболеваемости и по данным отдельных исследований составляет 30% взрослого населения. Уровень заболеваемости повышается с увеличением возраста пациентов и приводит к изменению структуры клинической картины с превалированием внепищеводных проявлений ГЭРБ.

Цель исследования: изучение особенностей течения артериальной гипертензии (АГ) в сочетании с хронической ишемической болезнью сердца (ИБС) у пациентов с ГЭРБ.

Материалы и методы. Были обследованы 50 пациентов с АГ I–II степени в сочетании с хронической ИБС. Методы исследования включали антропометрическое исследование, биохимическое исследование крови, амбулаторный мониторинг артериального давления, суточный мониторинг ЭКГ, ЭГДС, ЭхоКГ, тестирование по шкале GerdQ.

Результаты. Коморбидное течение АГ, хронической ИБС и ГЭРБ ассоциируются с большей частотой абдоминального типа ожирения и метаболического синдрома (по критериям IDF), что в свою очередь увеличивает уровень кардиоваскулярного риска у пациентов с ГЭРБ. Наличие гастроэзофагеального рефлюкса у пациентов с АГ на фоне хронической ИБС обуславливает увеличение частоты и тяжести нарушений ритма. У пациентов с ГЭРБ чаще наблюдается фибрилляция предсердий. При наличии сопутствующей ГЭРБ у пациентов с ИБС наблюдается большая частота и длительность ишемических эпизодов. Коморбидность с ГЭРБ ухудшает течение АГ и сопровождается высокой вариабельностью и более высокими показателями систолического и диастолического артериального давления в ночное время.

Заключение. Наличие ГЭРБ у пациентов с АГ на фоне хронической ИБС ассоциируется с более тяжелыми клиническими проявлениями основного заболевания и поэтому может расцениваться как осложняющий ИБС и АГ фактор.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, хроническая ишемическая болезнь сердца, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, тест с ИПП, опросник GerdQ.

Заболевания сердечно-сосудистой системы занимают первое место по распространенности среди населения Украины и охватывают 26,2 млн человек, среди которых 5,3 млн составляют лица трудоспособного возраста [5]. Наряду с этим гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) является одним из

наиболее распространенных заболеваний пищеварительного тракта, частота выявляемости которого неуклонно возрастает. В Украине статистическая регистрация ГЭРБ начата с 2009 года и на сегодня информация о распространенности заболевания является неполной и составляет 10 случаев на 1000 населения [7, 8]. Анализ отдельных эпидемиологических исследований свидетельствует, что распространенность ГЭРБ в Украине составляет 26–30% среди взрослого населения [3], что существенно превосходит официальные данные статистики.

Учитывая, что частота диагностирования ГЭРБ повышается с увеличением возраста пациентов, и проявления ГЭРБ у людей старшего возраста приобретают в большей степени атипичные формы (боль за грудиной некардиального генеза, нарушения ритма, индуцирование рефлюксом ишемических эпизодов), возникает проблема коморбидности ГЭРБ с сердечно-сосудистыми заболеваниями и взаимного усугубления симптомов этих двух болезней [2].

Цель исследования: изучение особенностей клинического течения сердечно-сосудистых заболеваний у больных с сопутствующей ГЭРБ; разработка подходов для своевременного выявления ГЭРБ у пациентов с кардиальной симптоматикой; исследование влияния сочетанной базовой терапии артериальной гипертензии (АГ) и ишемической болезни сердца (ИБС) с назначением блокаторов протонной помпы и прокинетиков.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В рамках исследования были обследованы 50 пациентов с АГ I–II степени на фоне хронической ИБС. В исследовании приняли участие 34 (68%) женщин и 16 (32%) мужчин. Возраст пациентов в среднем составил $64,8 \pm 8,5$ года (от 44 до 78 лет). Пациенты были разделены на две группы. В первую (контрольную) группу были включены пациенты с АГ в сочетании с хронической ИБС без сопутствующей ГЭРБ ($n=21$). Во вторую (основную) группу вошли пациенты с АГ в сочетании с хронической ИБС на фоне ГЭРБ ($n=29$). Из 29 пациентов основной группы у 12 был диагностирован эндоскопически позитивный вариант ГЭРБ с рефлюкс-эзофагитом степени А по LA classification system; 17 пациентов имели эндоскопически негативный вариант заболевания, неэрозивную форму (НЭРБ), которая была представлена «малыми изменениями» слизистой пищевода и характерной типичной симптоматикой ГЭРБ.

Статистическую обработку данных, определение средней арифметической, квадратичного отклонения проводили с использованием общепринятых методик вариационной статистики. Для оценивания достоверности разности между средними ве-

Таблица 1

Средние показатели балльной оценки по анкете GerdQ в зависимости от формы ГЭРБ

Форма ГЭРБ	Количество пациентов, n=29	Средний бал по анкете GerdQ
ЭРБ, n	12	13 баллов
НЭРБ, n	17	11 баллов

Таблица 2

Частота выявления типичных симптомов ГЭРБ согласно анкете GerdQ в зависимости от формы заболевания

Симптомы	Форма ГЭРБ	
	ЭРБ	НЭРБ
Частота ощущения изжоги	3	2
Частота ощущения отрыжки	2	2
Частота боли в центре верхней части живота, симптом исключения	1	2
Частота возникновения тошноты, симптом исключения	1	1
Как часто изжога или отрыжка мешали ночному сну	3	2
Как часто приходилось использовать препараты для снятия симптомов изжоги	3	2

Таблица 3

Характер нарушений ритма и частота выявления ишемических эпизодов у пациентов с АГ в сочетании с хронической ИБС в зависимости от наличия ГЭРБ

Показатель	Контрольная группа, n=21		Основная группа, n=29	
	Мужчины, n (%)	Женщины, n (%)	Мужчины, n (%)	Женщины, n (%)
Суправентрикулярные нарушения ритма	3 (50,0%)	7 (46,7%)	3 (30,0%)	11 (57,9%)
Желудочковые нарушения ритма	1 (16,7%)	2 (13,3%)	1 (10,0%)	0 (0,0%)
Сочетанные суправентрикулярные и желудочковые нарушения ритма	1 (16,7%)	1 (6,7%)	5 (50,0%)	5 (26,3%)
Фибрилляция предсердий	0	0	2 (20,0%)	4 (21,1%)
тахиформа	0	0	2 (100,0%)	3 (75,0%)
брадиформа	0	0	0	0
тахи-брадиформа	0	0	0	1 (25,0%)
Наличие ишемии	1 (33,3%)	2 (66,7%)	4 (40,0%)	4 (21,1%)

личинами применяли непараметрические критерии с использованием пакета «Statistica 6.0»; для оценки различий между независимыми выборками – U-критерий Манна–Уитни. Для оценки степени взаимосвязей между парами независимых признаков использовали коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Методы исследования включали сбор жалоб с оценкой выраженности болевого синдрома в грудной клетке согласно визуальной аналоговой шкале (ВАШ) с оценкой данных от 0 до 100 мм; проведение антропометрических измерений с установлением массы тела, роста, объема талии и бедер; проведение биохимических и общеклинических исследований крови; амбулаторный мониторинг артериального давления и суточный мониторинг ЭКГ; проведение эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС), эхокардиографии (Эхо-КГ); тестирование согласно опроснику GerdQ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Всем пациентам было проведено анкетирование согласно опроснику GerdQ (табл. 1). Опросник состоит из 6 вопросов, максимально возможное количество баллов по каждому вопросу составило 3 бала. Результат теста считается позитивным в случае если пациент набирает 8 и более баллов, что увеличивает вероятность диагноза ГЭРБ. Согласно анкетированию среди 50 обследованных выявлено 29 пациентов с ГЭРБ. У 12 из обследованных больных с ГЭРБ выявлена эрозивная форма заболевания при проведении эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС).

Оценку симптомов согласно анкете GerdQ проводили на протяжении одной недели, максимальный балл 3 по каждому

вопросу определял максимальную выраженность симптома, минимальный балл 0 характеризовал отсутствие симптома. Пациенты с ЭРБ продемонстрировали несколько более выраженную симптоматику, соответствующую средним суммарным 13 баллам, тогда как при неэрозивной рефлюксной болезни (НЭРБ) этот показатель составил 11 баллов. Тем не менее, следует обратить внимание, что даже при отсутствии значимых изменений в нижней трети пищевода симптомы были выраженными. Этот важный прогностический вывод свидетельствует об ограниченности возможностей ЭГДС и необходимости тщательной оценки клинических симптомов.

В табл. 2 приведены средние значения по каждой группе в соответствии с каждым симптомом. По результатам анкетирования можно сделать вывод, что методика с использованием анкетирования по опроснику GerdQ продемонстрировала свою высокую чувствительность (Se=0,93), специфичность (Sp=0,71) и характеризовалась высокой прогностической ценностью (PPV=0,87; NPV=0,11) [19, 27, 30].

Результаты анкетирования согласно опроснику GerdQ продемонстрировали прямую зависимость между формой ГЭРБ и величиной балльной оценки симптомов. Пациенты с эрозивными формами ГЭРБ имели наибольший средний балл по классическим симптомам гастроэзофагеального рефлюкса, тогда как пациенты с неэрозивными формами продемонстрировали более низкие показатели по соответствующим пунктам. Тем не менее, суммарный балл позволил у них диагностировать ГЭРБ. У пациентов с НЭРБ следует тщательно оценивать внепищеводные симптомы.

Всем пациентам был проведен суточный мониторинг ЭКГ.

Таблица 4

Количественная характеристика нарушений ритма в зависимости от пола и наличия сопутствующей ГЭРБ

Показатель, среднее количество за сутки	Контрольная группа, n=21		Основная группа, n=29	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
Суправентрикулярные нарушения ритма	106	132	243	231
Желудочковые нарушения ритма	68	56	1028	91

Таблица 5

Показатели СМАД у пациентов с АГ в сочетании с хронической ИБС в зависимости от наличия сопутствующей ГЭРБ

Показатель СИ	Пациенты с АГ в сочетании с ИБС, n=21			Пациенты с АГ в сочетании с ИБС на фоне ГЭРБ, n=29		
	Абс. число	%	Всего	Абс. число	%	Всего
СИ САД меньше 10% (nd)	7	33,33%	21	12	42,86%	29
СИ ДАД меньше 10%(nd)	6	28,57%		9	32,14%	
СИ САД 10-20% (d)	10	47,62%		11	39,29%	
СИ ДАД 10-20% (d)	8	38,10%		13	46,43%	
СИ САД больше 20% (od)	0	0%		1	3,57%	
СИ ДАД больше 20% (od)	6	28,57%		3	10,71%	
СИ САД меньше 0% (np)	4	19,5%		4	14,29%	
СИ ДАД меньше 0% (np)	1	4,76%		3	10,71%	
STDCAD сут.	5	23,81%	21	18	64,29%	29
STDCAD день	4	19,5%		16	57,14%	
STDCAD ночь	5	23,81%		5	17,86%	
STDДАД сут.	3	14,29%		6	21,43%	
STDДАД день	2	9,52%		4	14,29%	
STDДАД ночь	1	4,76%		0	0%	

Данные табл. 3 свидетельствуют, что в обеих исследуемых группах с одинаковой частотой были зарегистрированы суправентрикулярные нарушения ритма. Проявления желудочковой аритмии и ишемические эпизоды достоверно чаще регистрировали в основной группе. При этом суправентрикулярные нарушения ритма чаще встречаются среди женщин (57,9%) и реже среди мужчин (30%), тогда как изолированные желудочковые нарушения ритма чаще регистрировали среди мужчин (10%). Сочетание суправентрикулярных и желудочковых нарушений ритма в основной группе пациентов чаще фиксировали среди мужчин (50%), чем у женщин (26,3%). В контрольной группе распределение нарушений ритма выглядело иначе: изолированные суправентрикулярные нарушения несколько с большей частотой фиксировали среди 50% мужчин против 46,7% женщин, изолированные желудочковые нарушения ритма чаще регистрировали среди 16,7% мужчин против 13,3% женщин. Сочетанные нарушения ритма у пациентов контрольной группы также чаще регистрировали у 16,7% мужчин против 6,7% у женщин. Ишемические эпизоды у пациентов основной группы чаще регистрировали среди мужчин и составили 40% против 21,1% у женщин. Количественные характеристики нарушений ритма в обеих группах представлены в табл. 4.

Анализ полученных данных по результатам суточного мониторинга ЭКГ свидетельствует о том, что пациенты основной группы продемонстрировали достоверно большую частоту суправентрикулярных нарушений ритма ($p < 0,01$) по сравнению с пациентами контрольной группы. При этом следует отметить, что в группе с суправентрикулярными нарушениями ритма преобладают женщины (57,9%). Частота изолированных желудочковых нарушений ритма в обеих группах не имела статистически значимой разницы, тогда как сочетанные нарушения ритма были достоверно выше в основной группе ($p < 0,01$) и составили 76,3% против 23,4% в контрольной группе. Частота выявляемой фибрилляции

предсердий достоверно больше была в группе АГ в сочетании с хронической ИБС на фоне ГЭРБ ($p < 0,01$), чем в группе АГ на фоне хронической ИБС. Следует отметить, что между наличием ГЭРБ и частотой фибрилляции предсердий была выявлена тесная корреляция ($r = 0,75$; $p < 0,05$), что совпадает с данными других исследований [13, 14, 16, 20, 29].

Частота регистрации ишемических эпизодов также была достоверно ($p < 0,05$) выше у пациентов основной группы (27,58%) против 14,28% – контрольной группы. Таким образом, у пациентов основной группы отмечается высокую степень риска развития аритмий и более частые и длительные ишемическими эпизоды [4, 6, 9, 10].

Данные суточного мониторинга артериального давления (АД) в исследуемых группах (табл. 5) свидетельствуют, что суточный профиль САД в группе АГ в сочетании с хронической ИБС на фоне ГЭРБ характеризуется большим количеством пациентов с недостаточным ночным снижением САД (количество non-dipper'ов – 42,86%), меньшим количеством пациентов с нормальным снижением САД в ночное время (количество dipper'ов – 39,29%) и наличием пациентов с чрезмерным снижением САД в ночное время (количество over-dipper'ов – 3,57%). Суточный профиль ДАД в группе пациентов с ГЭРБ характеризуется большим числом пациентов, у которых показатели ДАД в ночное время выше, чем в дневное время (количество night-peaker'ов – 10,71%). Параметры вариабельности АД в группе пациентов с АГ в сочетании с хронической ИБС на фоне ГЭРБ характеризуются большим количеством пациентов с превышающими нормальные показатели стандартным отклонением (STD) САД за сутки (64,29%) и большими показателями (STD) САД в дневное время (57,14%), что свидетельствует о большей вариабельности САД у пациентов с ГЭРБ. Наличие ГЭРБ характеризуется также большим количеством пациентов с (STD) ДАД больше нормы днем (14,29%) и (STD) ДАД за сутки (21,43%), что демонстрирует большую вари-

Результаты оценки некардиальных болей в грудной клетке согласно данным ВАШ при различных формах ГЭРБ

Форма ГЭРХ	ЭРХ, n	НЭРХ, n	Всего, n
Количество пациентов	11 (100%)	18 (100%)	29
Количество пациентов с «некардиальной болью»	10 (90,9%)	11 (61,11%)	21
0–20 мм	1	3	4
30–50 мм	6	6	12
60–80 мм	2	2	4
90–100 мм	1	0	1

Таблица 7

Результаты применения ИПП-тест терапии в редукции атипичной симптоматики в виде «некардиальной боли» в грудной клетке

Форма ГЭРХ	ЭРХ, n=11	НЭРХ, n=18
	«некардиальная боль»	«некардиальная боль»
День приема ИПП рабепразола	Количество пациентов, у которых симптом исчез	Количество пациентов, у которых симптом исчез
0–3	1 (9%)	3 (17%)
4–7	5 (45%)	5 (27%)
8–11	3 (27%)	3 (17%)
12–15	0 (0%)	4 (22%)
Симптомы без изменений	2 (19%)	3 (17%)

бельность ДАД в дневные часы и вообще за сутки. Таким образом, коморбидность АГ с хронической ИБС на фоне ГЭРБ характеризуется более неблагоприятным течением АГ с недостаточным снижением САД и повышенными показателями ДАД в ночное время, а также повышенной вариабельностью САД и ДАД. Именно поэтому сдвиги в суточном профиле АД могут способствовать увеличению общего кардиоваскулярного риска у коморбидных пациентов.

Все пациенты независимо от формы ГЭРБ получали лечение в виде ингибитора протонной помпы (ИПП) – рабепразола в дозе 20 мг 2 раза в сутки за 40 мин до еды в качестве «тест терапии», которая длилась в течение 2 нед в рамках стационарного курса лечения. Целесообразность назначения ИПП второго поколения – рабепразола – была продиктована его многочисленными преимуществами [12, 17, 21, 25, 26]. Сочетанная патология требует длительного лечения и диктует необходимость выбора препарата, который бы не вызывал негативного влияния на течение ИБС. Чувствительность ИПП-теста напрямую зависит от препарата, который используется, и его адекватной дозы. Наиболее оптимальным для проведения ИПП-теста считается рабепразол в силу его быстродействия, которое заключается в быстрой активации при рН 1,2. Это происходит за 1,3 мин. Даже при рН 5,1 это время составляет 7,1 мин, что является наиболее коротким периодом активации среди блокаторов всех поколений. Благодаря быстрой активации рабепразол обуславливает наиболее быстрый антисекреторный эффект.

На протяжении 2 нед лечения ежедневно проводили оценку исходных симптомов заболевания. В том случае, когда жалобы пациента ограничивались лишь типичной симптоматикой ГЭРБ и наблюдался регресс симптомов на протяжении 2 нед «тест терапии», пациентам был рекомендован амбулаторный прием рабепразола в дозе 20 мг 2 раза в сутки за 40 минут до еды курсом 8 нед. При наличии наряду с типичной симптоматикой внепищеводных проявлений заболевания, пациентам было рекомендовано лечение рабепразолом в дозе 20 мг 2 раза в сутки за 40 мин до еды курсом 12 нед с дальнейшим контролем симптоматики. Однако четких терминов для лечения непищеводных проявлений ГЭРБ, по данным литературы, привести не представляется возможным. Длительность лечения составляет от одного до трех месяцев [8, 11, 15,

19, 22, 23, 28]. Данные по оценке некардиальной боли в грудной клетке у больных с ГЭРБ в соответствии с данными ВАШ при разных формах заболевания и регресс симптомов вследствие проведенного лечения приведены в табл. 6 и 7.

Как видно из данных табл. 6, большинство больных отмечали умеренно выраженную боль (30–50 мм по ВАШ). При этом ощущение, характеризуемое как «некардиальная боль», не было связано с депрессией ST по данным суточного мониторирования ЭКГ.

ВЫВОДЫ

По результатам проведенного исследования, обращает на себя внимание тот факт, что большая часть пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) – с эндоскопически негативным вариантом заболевания или неэрозивной рефлюксной болезнью (60%). Учитывая факт отсутствия «золотого стандарта» диагностики ГЭРБ, в практике клинициста выступают на первый план неинвазивные и экономически оправданные методики диагностики ГЭРБ, такие как метод анкетирования и тест терапия с ингибитором протонной помпы (ИПП). Опросник GerdQ продемонстрировал свою высокую прогностическую ценность (PPV=0,87; NPV=0,11). Основываясь на результатах анкетирования, согласно анкете GerdQ, выявлено, что наибольшую балльную оценку по классическим симптомам ГЭРБ имели пациенты с эрозивными формами заболевания.

Оценивание внепищеводных проявлений заболевания основывалось на оценке «некардиальной загрудинной боли» в соответствии с визуальной аналоговой шкалой (ВАШ) оценки интенсивности болевого синдрома в грудной клетке от 0 мм до 100 мм. Среди пациентов с неэрозивной рефлюксной болезнью (НЭРБ) преобладают пациенты с более выраженным болевым синдромом в грудной клетке, они же характеризуются худшей динамикой в процессе лечения ИПП.

Результаты суточного мониторинга артериального давления (АД) и электрокардиограммы продемонстрировали, что пациенты с АГ с сопутствующей ИБС на фоне ГЭРБ характеризуются увеличенной частотой и тяжестью нарушений ритма, нарушенным суточным ритмом АД. У пациентов с ГЭРБ чаще наблюдается фибрилляция предсердий. При сопутствующей ГЭРБ у пациентов с ИБС достоверно боль-

Особенности течения артериальной гипертензии у пациентов с хронической ишемической болезнью сердца в сочетании с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Роль теста с ингибиторами протонной помпы в диагностике та лечении различных форм заболевания
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. Role of proton pump inhibitors test in the diagnosis and treatment of different forms of GERD
V.Y. Prikhodko, D.Y. Moreva

Грунтуючись на даних регіональних епідеміологічних досліджень, поширеність гастроэзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) в Україні становить 11,1%, що далеко не відображає справжньої картини захворюваності і за даними окремих досліджень становить 30% дорослого населення. Рівень захворюваності підвищується зі збільшенням віку пацієнтів і призводить до зміни структури клінічної картини з переважанням позастравоходних проявів ГЕРХ.

Мета дослідження: вивчення особливостей перебігу артеріальної гіпертензії (АГ) у поєднанні з хронічною ішемічною хворобою серця (ІХС) у пацієнтів з ГЕРХ.

Матеріали та методи. Були обстежені 50 пацієнтів з АГ I–II ступеня у поєднанні з хронічною ІХС. Методи дослідження включали антропометричне дослідження, біохімічне дослідження крові, амбулаторний моніторинг артеріального тиску, добовий моніторинг ЕКГ, ЕГДС, ЕхоКГ, тестування за шкалою GerdQ.

Результати. Коморбідний перебіг АГ, хронічної ІХС і ГЕРБ асоціюється з більшою частотою абдоминального типу ожиріння і метаболічного синдрому (за критеріями IDF), що у свою чергу збільшує рівень кардіоваскулярного ризику у пацієнтів із ГЕРХ. Найявністю рефлюксу у пацієнтів з АГ на тлі хронічної ІХС зумовлює збільшення частоти і тяжкості порушень ритму. У пацієнтів з ГЕРХ частіше спостерігається фібриляція передсердь. За наявності супутньої ГЕРХ у пацієнтів з ІХС спостерігається велика частота і тривалість ішемічних епізодів. Коморбідність з ГЕРБ погіршує перебіг АГ і супроводжується високою варіабельністю і більш високими показниками систолічного і діастолічного артеріального тиску в нічний час.

Заключення. Наявність ГЕРХ у пацієнтів з АГ на тлі хронічної ІХС асоціюється з більш важкими клінічними проявами основного захворювання і тому може розцінюватися як фактор, що ускладнює ІХС та АГ.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, хронічна ішемічна хвороба серця, гастроэзофагеальна рефлюксна хвороба, тест з ППП, опитувальник 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.

The objective: To study features of arterial hypertension (AH) combined with chronic coronary heart disease (CHD) in patients with GERD. Establish a connection presence of gastroesophageal reflux with possible clinical manifestations of coronary heart disease (arrhythmias, ischemic episodes according to the daily ECG monitoring, assessment of the severity of pain in the chest), and parameters of blood pressure and its lability.

Patients 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, tests on a scale GerdQ.

Results. Comorbidity of hypertension and chronic ischemic heart disease and GERD is associated with a higher frequency of abdominal type of obesity and metabolic syndrome, which increases the level of cardiovascular risk in patients with GERD. The presence of gastroesophageal reflux disease in patients with hypertension with chronic coronary artery disease causes an increase in the frequency and severity of arrhythmias. Patients on the background of GERD is more common atrial fibrillation (AF). When concomitant GERD in patients with chronic ischemic heart disease was significantly greater frequency and duration of ischemic episodes. Comorbidity with GERD worsens hypertension and characterized by higher rates 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 chronic ischemic heart disease is associated with more severe clinical manifestations of the underlying disease and can therefore be regarded as complicating CHD- and AH-factor.

Key words: arterial hypertension, chronic ischemic heart disease, gastroesophageal reflux disease, test with proton pump inhibitors (PPI test), questionnaire GerdQ.

Сведения об авторах

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

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

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Бондаренко Е.Ю. Гастроэзофагеальная болезнь у больных с метаболическим синдромом / Е.Ю. Бондаренко, Л.А. Звенигородская, Б.З. Чикунова, С.Г. Хомерики // Клин. геронт. – 2007. – Т. 13, № 1. – С. 18–21.
- Бурков С.Г. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у пожилых и старых пациентов / С.Г. Бурков, А.Г. Арутюнов, Е.П. Щербя, Л.Н. Анохина, С.Ю. Кутелова // Клин. геронт. – 2006. – № 6. – С. 49–56.
- Вдовиченко В.И. Кардиологические симптомы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у пациентов с сахарным диабетом 2 типа / В.И. Вдовиченко, Я.П. Свердан // Сучасна гастроентерологія. – 2013. – № 3. – С. 110–112.
- 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.
- Коваленко В.М. Хвороби системи кровообігу як медико-соціальна і суспільно-політична проблема: аналітично-статистичний посібник / В.М. Коваленко, В.М. Корнацький. – К.: Національний науковий центр «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеско», 2014. – 278 с.
- 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.
- Острогляд А.В. Перший досвід вивчення епідеміології гастроэзофагеальной рефлюксной хвороби в Україні / А.В. Острогляд // Сучасна гастроентерол. – 2006. – № 1. – С. 30–32.
- Харченко Н.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная хвороба. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах / Н.В. Харченко, О.Я. Бабак, П.Д. Фомін та ін. – К., 2013. – 31 с.
- 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.
- 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.
- Akihito N. A multicenter randomised trial to compare the efficacy of omeprazole versus rabeprazole in early symptom relief in patients with reflux esophagitis / N. Akihito, S. Tsuyoshi, N. Naoyoshiet. al. // J. of Gastroenterol. – 2014. – Vol. 49. – P. 1536-1547.
- Bianco M. Management of gastroesophageal reflux disease: role of proton pump inhibitor test and upper gastro-intestinal endoscopy / M. Bianco, G. Rotondano, A. Prisco, C. Meucci // Acta Otorhinolaryngologica Italica. – 2006. – Vol. 26. – P. 271–275.
- Bunch J. Long-term Risk of Atrial Fibrillation with Symptomatic Gastro-

- esophagel Reflux Disease and Esophagitis / J. Bunch, D. Packer, A. Jahangir, R. Locke et al. // *The American journal of cardiology.* – 2008. – Vol. 102. – P. 1207–1211.
14. Chin-Chou H. Gastroesophageal Reflux Disease and Atrial Fibrillation: A Nationwide Population-Based Study / H. Chin-Chou, C. Wan-Leong, L. Jiing-Chyuan, C. Yu-Chun et al. // *PLoS One.* – 2012. – Vol. 7. – P. 1932–6203.
15. Dickman R. The effect of a therapeutic trial of high-dose rabeprazole on symptom response of patients with non-cardiac chest pain: a randomized double-blind, placebo-controlled, crossover trial / R. Dickman, S. Emmons, H. Cui et al. // *Aliment. Pharmacol. Ther.* – 2005. – Vol. 22. – P. 547–555.
16. Floria M. Atrial fibrillation and gastroesophageal reflux disease: From the cardiologist perspective / M. Floria, V. Drug // *World Journal of Gastroenterology.* – 2015. – Vol. 21. – P. 3154–3156.
17. Flook N. Approach to managing undiagnosed chest pain / N. Flook, P. Unge, L. Agreus et al. // *Canadian Family Physician.* – 2007. – Vol. 53. – P. 261–266.
18. Gawron A. Advances in diagnostic testing for gastroesophageal reflux disease / A. Gawron, I. Hirano // *World Journal of Gastroenterology.* – 2010. – Vol. 16. – P. 3750–3756.
19. Katz P.O. Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease / P.O. Katz, L.B. Gerson, M.F. Vela // *Am. J. Gastroenterol.* – 2013. – Vol. 108. – P. 308–328.
20. Kunz J.S. Is there a link between gastroesophageal reflux disease and atrial fibrillation? / J.S. Kunz, B. Hemann, J. Edvin Atwood et al. // *Clin. Cardiol.* – 2009. – Vol. 32, № 10. – P. 584–587.
21. Pace F. The proton pump inhibitor test and the diagnosis of gastroesophageal reflux disease / F. Pace, M. Pace // *Expert. Rev. Gastroenterol. Hepatol.* – 2010. – Vol. 4. – P. 423–427.
22. Pilotto A. Comparison of four proton pump inhibitors for the short-term treatment of esophagitis in elderly patients / A. Pilotto, F. Marilisa, L. Gioacchino et al. // *WJG.* – 2007. – Vol. 13. – P. 4467–4472.
23. Rituparna M. Rabeprazole and esomeprazole in mild-to-moderate erosive gastroesophageal reflux disease: A comparative study of efficacy and safety patients / M. Rituparna, J. Jyothirmai et al. // *Journal of Pharmacology & Pharmacotherapeutics.* – 2011. – Vol. 2. – P. 0976–500X.
24. Roman C. Atrial fibrillation in patients with gastroesophagel 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.
25. Thomson. Impact of PPIs on patient focused symptomatology in GERD / Thomson // *Therapeutics and Clinical Risk Management.* – 2008. – Vol. 4. – P. 1185–1200.
26. Wang W.H. Is proton pump inhibitor testing an effective approach to diagnose gastroesophageal reflux disease in patients with noncardiac chest pain? A meta-analysis / W.H. Wang, J.Q. Huang, G.F. Zheng et al. // *Arch. Intern. Med.* – 2005. – Vol. 165. – P. 1222–1228.
27. Wong W.M. A validated symptoms questionnaire (Chinese GERDQ) for the diagnosis of gastro-oesophageal reflux disease in the Chinese population / W.M. Wong, K.F. Lam, K.C. Lai et al. // *Aliment. Pharmacol. Ther.* – 2003. – Vol. 17. – P. 1407–1417.
28. Xia X. Gastroesophageal Reflux Disease Relief in Patients Treated with Rabeprazole 20?mg versus Omeprazole 20?mg: A Meta-Analysis esophagitis /X. Xia, H. Wang // *Gastroenterology Research and Practice.* – 2013. – Vol. 2013. – P. 1687–6121.
29. Velagapudi P. Atrial fibrillation and acid reflux disease / P. Velagapudi, M. Turagam, M. Leal, A. Kocheril // *ClinCardiol.* – 2012. – Vol. 35. – P. 1180–1186.
30. 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, A. de la Medina // *Journal of Neurogastroenterology and Motility.* – 2014. – Vol. 20. – P. 475 –482.

Статья поступила в редакцию 07.09.2016