

УДК 616.12-005.4-07:616.33

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА
ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И
ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ
РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ**

Алексеева Елена Валерьевна, к.м.н.
*Городская больница №2 «КМЛДО»,
Краснодар, Россия*

Половинкина Марина Александровна
*Городская больница №2 «КМЛДО»,
Краснодар, Россия*

Ачмиз Саида Нуховна
*Городская больница №2 «КМЛДО»,
Краснодар, Россия*

Иванчура Галина Сергеевна
*Городская больница №2 «КМЛДО»,
Краснодар, Россия*

В статье проведена дифференциальная диагностика синдрома кардиалгии между ишемической болезнью сердца и гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью - двумя наиболее часто встречающимися заболеваниями в общей популяции.

Ключевые слова: ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА, ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ, КАРДИАЛГИЯ

UDC 616.12-005.4-07:616.33

**DIFFERENTIAL DIAGNOSIS ISCHEMIC
HEART DISEASE AND
GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE**

Alekseeva Helena Valereivna, c.m.s.
*City Hospital №2(KMTDU),
Krasnodar, Russia*

Polovinkina Marina Aleksandrovna
*City Hospital №2(KMTDU),
Krasnodar, Russia*

Achmiz Saida Nuhovna
*City Hospital №2(KMTDU),
Krasnodar, Russia*

Ivanchura Galina Sergeevna
*City Hospital №2(KMTDU),
Krasnodar, Russia*

Differential diagnostics of cardialgia syndrome between ischemic heart disease and gastroesophageal reflux is performed. These diseases are the most frequent in common population.

Keywords: ISCHEMIC HEART DISEASE, GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE, CARDIALGIA

Жалоба на боль в грудной клетке является, пожалуй, наиболее часто встречающимся симптомом в клинической практике, тревожным как для пациента, так и для врача. Часто пациент бывает напуган возможным кардиальным генезом болевых ощущений, а перед врачом возникает трудная задача принятия диагностического решения, которое определяет соответствующую терапевтическую стратегию.

При локализации болей за грудиной возникают определенные трудности в проведении дифференциальной диагностики (особенно у лиц среднего и пожилого возрастов) между гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) и острой коронарной патологией (затяжным приступом стенокардии или острым инфарктом миокарда при ишемической болезни сердца).

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) – заболевание миокарда, обусловленное острым или хроническим несоответствием потребности миокарда в кислороде и реального коронарного кровоснабжения сердечной мышцы, которое выражается в развитии в миокарде участков ишемии, ишемического повреждения, некрозов и рубцовых полей и сопровождается нарушением систолической и/или диастолической функции сердца [1].

ИБС является одним из наиболее распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы во всех экономически развитых странах. По данным проспективных исследований, ИБС страдает около 5-8% мужчин в возрасте от 20 до 44 лет и 18-24,5% - в возрасте от 45 до 69 лет. Наиболее характерным клиническим признаком ИБС является стенокардия (angina-pectoris-грудная жаба) [2].

Факторы риска (ФР) ИБС можно разделить на две группы – модифицируемые и немодифицируемые [1].

1. Немодифицируемые (неизменяемые) ФР:

-возраст старше 50-60 лет; пол (мужской); отягощенная наследственность.

2. *Модифицируемые (изменяемые):*

-дислипидемия (повышение содержания в крови холестерина, триглицеридов и атерогенных липопротеинов и/или снижение содержания антиатерогенных ЛВП); артериальная гипертензия (АГ); курение; ожирение; нарушение углеводного обмена (гипергликемия, сахарный диабет); гиподинамия; нерациональное питание и др.

Стенокардия – клинический синдром, проявляющийся чувством дискомфорта или болью в грудной клетке сжимающего, давящего характер, которая локализуется чаще всего за грудиной, может иррадиировать в левую руку, шею, нижнюю челюсть, эпигастральную область.

Основные факторы, провоцирующие боль в груди:

1. физическая нагрузка (ФН): быстрая ходьба, подъем в гору или по лестнице, перенос тяжестей;
2. повышение артериального давления (АД);
3. холод;
4. обильный прием пищи;
5. эмоциональный стресс.

Обычно боль купируется в покое через 3-5 минут или в течение нескольких секунд/минут после сублингвального приема нитроглицерина [3].

Тем не менее, существует несколько вариантов клинической картины кардиалгии (табл.1) [4].

Таблица 1 - Клиническая классификация болей в груди

(Diamond A.G.,1983)

Типичная стенокардия (определенно)	Отвечает трем из представленных критериев: <ul style="list-style-type: none"> • Загрудинная боль или дискомфорт характерного качества и продолжительности. • Возникает при физической нагрузке или эмоциональном стрессе. • Купирующаяся после отдыха или приемом нитроглицерина.
Атипичная стенокардия (вероятная)	Отвечает двум из представленных критериев.
Несердечная боль	Отвечает одному или ни одному из представленных критериев.

Ангинозная боль может возникать при некоторых заболеваниях сердца, не связанных с ишемией миокарда, а также заболеваниях других органов (табл.2)[5].

Таблица 2 - Причины возникновения болей в грудной клетке

Сердечно-сосудистые неишемические (некоронарогенные)	Легочные	Желудочно-кишечные	Психические	Другие
<ul style="list-style-type: none"> • Расслаивающая аневризма орты • Перикардит • Гипертрофическая кардиомиопатия • Аортальный стеноз • Тромбэмболия легочной артерии (ТЭЛА) 	<ul style="list-style-type: none"> • Плеврит • Пневмоторакс • Пневмония • Рак легкого 	<p><u>Заболевания пищевода:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Эзофагит • Спазм пищевода • Рефлюкс-эзофагит • Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы <p><u>Желудочно-кишечные и биллиарные заболевания:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Язвенная болезнь желудка 	<p><u>Состояния беспокойства:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Нейроциркуляторная дистония (НЦД) • Гипервентиляция • Панические расстройства • Первичная фобия • Психогенная кардиалгия. <p><u>Аффективные состояния:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Депрессия • Соматогенный невроз 	<p>Грудная клетка:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Остеохондроз грудного отдела позвоночника • Фиброзит • Травмы ребер и грудины • Грудно-ключичный артрит • Межреберная невралгия • Опоясывающий лишай (до стадии высыпания")

		<ul style="list-style-type: none"> • Кишечная колика • Холецистит • Панкреатит • Желчная колика 		
--	--	---	--	--

Некоронарогенные боли в грудной клетке обусловлены тем, что сигналы о висцеральной или соматической боли могут замыкаться на тех же нейронах спинного мозга, которые отвечают за передачу болевых импульсов, возникающих при ишемии сердечной мышцы. Это приводит к формированию болевых ощущений, неотличимых по типу и локализации от стенокардии напряжения [6].

В отсутствии стеноза венечных сосудов, их спазма или тромбоза, боли в грудной клетке, провоцирующиеся физической нагрузкой или иными факторами, приводящие к повышению потребности сердечной мышцы в кислороде, могут возникать у пациентов с выраженной гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ), которая вызвана стенозом аортального клапана, гипертрофической кардиомиопатией, артериальной гипертензией, а также аортальной регургитацией или дилатационной кардиомиопатией. В этих случаях увеличение массы левого желудочка (ЛЖ) обычно не сопровождается адекватным увеличением коронарной микроциркуляции, поэтому повышение потребности миокарда в кислороде не может быть удовлетворено. Присутствует также и диастолическая дисфункция с повышением диастолического давления, которое приводит к субэндокардиальной ишемии [7]. Наконец, нарушения коронарной микроциркуляции могут также способствовать ишемии сердечной мышцы.

Важно отличать приступы стенокардии, обусловленные ИБС, от многочисленных заболеваний, также сопровождающихся болями в грудной клетке (табл. 2). В целом для некоронарогенных кардиалгий наиболее характерны следующие признаки:

- продолжительность боли в области сердца обычно превышает 15-20 мин (иногда боль длится часами);
- боль обычно локализуется в области верхушки сердца или слева от грудины во II-V межреберьях и редко иррадирует в левую руку и лопатку;
- боли чаще не приступообразные, носят тупой давящий характер;
- отсутствует закономерная связь между возникновением боли и выполнением пациентом физической нагрузки;
- нитроглицерин не купирует боль и нередко только ухудшает общее состояние больного, вызывая головные боли.

Тем не менее, полностью ориентироваться на приведенные признаки не всегда представляется возможным, тем более что и при ИБС нередки случаи атипичного болевого синдрома.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) - это хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторной и эвакуаторной функций гастроэзофагеального комплекса и характеризующееся спонтанным и регулярно повторяющимся забрасыванием в пищевод желудочного или дуоденального содержимого, что приводит к повреждению дистального отдела пищевода с развитием в нем катаральных, эрозивно-язвенных или функциональных нарушений. Более употребительным, хотя и менее точным названием того же патологического состояния является термин «рефлюкс-эзофагит» (РЭ).

В индустриально развитых странах 40–45% жителей отмечают ведущий симптом ГЭРБ – периодически возникающую изжогу, которая существенно снижает качество жизни у 50–65% пациентов, а в 25–50% случаев заболевания требуется применение кислотоснижающих препаратов в течение всей жизни. ГЭРБ встречается чаще в странах с высокой распространенностью ожирения и метаболического синдрома [8].

Факторы риска, вызывающие развитие ГЭРБ, в частности – несостоятельность нижнего пищеводного сфинктера (НПС), многогранны:

- употребление в пищу продуктов и лекарственных препаратов, содержащих кофеин (кофе, кола, чай, аскофен и др.); прием медикаментов, снижающих тонус НПС (нитраты, блокаторы кальциевых каналов, антидепрессанты, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), β -адреномиметики, холинолитики, миотропные спазмолитики, барбитураты, опиаты, мята перечная, теофиллин, допамин и др.);

- курение, ожирение, железодефицитная анемия (в гладких мышцах НПС угнетаются ферменты, имеющие в своем составе железо), алкоголь, который не только снижает тонус НПС, но и повреждает слизистую оболочку пищевода (СОП), вегетативная нейропатия (сахарный диабет);

- беременность, при которой снижение тонуса НПС обусловлено гормональным воздействием (увеличением концентрации в крови эстрогенов, прогестерона), а также вследствие повышения внутрибрюшного давления;

- повышение интрагастрального давления за счет спазма привратника и гипертонуса желудка; хирургические вмешательства;

- стресс; физическое напряжение; частый интенсивный кашель; ношение тугих поясов, бандажей, корсетов; торопливый, быстрый, обильный прием пищи с заглатыванием воздуха (аэрофагия), приводящий к повышению внутрижелудочного давления, расслаблению сфинктера и, вследствие этого – к рефлюксу; горизонтальное положение тела после приема пищи;

- укорочение НПС и дискинезия пищевода, наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД);

- употребление пищи с консервантами, красителями, чрезмерное употребление в пищу жира, шоколада, газированных напитков, мучных изделий, жареных блюд, острых приправ, способствующих более

длительной задержке пищевых масс в желудке и повышению внутрижелудочного давления;

- непосредственное повреждение мышц пищевода (при склеродермии), метеоризм, повышающий давление в брюшной полости, влияние на СОП простагландинов E1 и E2 и других медиаторов воспаления (цитокинов), которые выделяются при воспалительных процессах органов пищеварения (пептическая язва, холецистит, панкреатит), повышение желудочной секреции, дуоденостаз;

- работа, связанная с частыми наклонами, подъемом тяжести и т.д. [9].

Гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР) может быть как физиологическим, не вызывающим развития эзофагита, так и патологическим, который приводит к повреждению СОП с развитием рефлюкс-эзофагита. *Физиологический ГЭР* встречается у здоровых людей любого возраста, чаще провоцируется приемом пищи, характеризуется невысокой частотой (не более 20–30 эпизодов в день), незначительной длительностью (не более 20 секунд), отсутствием клинических симптомов. *Патологический ГЭР* возникает в любое время суток, характеризуется высокой частотой (более 50 эпизодов в день и длительностью более 1 часа в сутки), ведет к повреждению СОП, развитию ГЭРБ и ее осложнений.

Мужчины и женщины страдают ГЭРБ с одинаковой частотой. Среди всех больных ГЭРБ от 20 до 70% приходится на взрослое население. Однако заболевание возможно у лиц моложе 30 лет и детей, его частота увеличивается с возрастом [10].

В клинической практике выделяют 3 варианта течения заболевания:

- эндоскопически негативная рефлюксная болезнь (неэрозивная рефлюксная болезнь – НЭРБ) без видимых поражений пищевода, встречается у 50–65% пациентов;

- эндоскопически позитивная рефлюксная болезнь (эрозивная рефлюксная болезнь – ЭРБ), протекающая с признаками эзофагита, встречается у 25–40% больных;
- пищевод Барретта.

НЭРБ характеризуется присутствием типичных симптомов ГЭРБ (табл. 3), вызванных ГЭР, снижением качества жизни у данных пациентов, однако при проведении эндоскопии не выявляются какие-либо визуальные повреждения со стороны СОП (т.н. «микроскопическая ГЭРБ») [11].

Таблица 3 - Характеристика симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Эзофагеальные симптомы	Тревожные симптомы	Экстраэзофагеальные симптомы
Изжога Регургитация (срыгивание кислым и желчью) Отрыжка Ощущение кома в горле Руминация Гиперсаливация	Дисфагия Одинофагия (боль при глотании) Рвота Потеря массы тела	Персистирующий ночной кашель Афония, ларингит, фарингит Хронический бронхит Бронхиальная астма Стоматологические синдромы Кардиальные симптомы

Изжога – наиболее характерный симптом ГЭРБ, наблюдается в 83–90% случаев, чаще – в ночные часы, независимо от возраста и пола больного. Изжога – это чувство ретростернального жжения, распространяющегося вверх от мечевидного отростка, появляется вследствие заброса и длительного контакта кислого желудочного содержимого (рН<4) со слизистой оболочкой пищевода. Особенностью изжоги при ГЭРБ является зависимость ее от следующих факторов: возникает при наклонах туловища вперед или в положении лежа, при приеме сладкой, кислой, пряной пищи, свежеспеченных хлебобулочных изделий, газированных напитков, алкоголя, при переедании, курении, физическом напряжении, сопровождающемся повышением

внутрибрюшного давления. Согласно Генвальскому консенсусу (1999), ГЭРБ наиболее вероятно присутствует в случае, если изжога появляется на протяжении двух или более дней в неделю. Однако менее частые приступы изжоги не исключают наличие болезни, так как более 32% больных ГЭРБ вообще не имеют симптоматики.

Отрыжка как один из ведущих симптомов ГЭРБ обнаруживается в 52% случаев. *Регургитация* (срыгивание пищи кислым и желчью) – встречается у 30–60% больных, возникает при выраженной недостаточности НПС, усиливается при физическом напряжении, наклонах, часто сопровождается гиперсаливацией. *Руминация* – редко встречающееся сочетание выраженного срыгивания с повторным пережевыванием и заглатыванием пищи. *Гиперсаливация* возникает одновременно с изжогой, является нечастым симптомом ГЭРБ, может быть связана с эзофаго-слинным рефлюксом. Реже при ГЭРБ встречается ощущение кома за грудиной, икота, которая обусловлена возбуждением диафрагмального нерва, раздражением и сокращением диафрагмы.

У 10% больных ГЭРБ возникают так называемые «тревожные симптомы» – дисфагия, одинофагия (боль при глотании), анемия, рвота, потеря массы тела, кровотечение. При появлении «тревожных симптомов» следует ожидать более тяжелого течения ГЭРБ и развития осложнений [12].

ГЭРБ – многоликая патология. Помимо классической картины с ведущим манифестным симптомом – изжогой, существуют разнообразные ее клинические «маски» – экстрапищеводные проявления: бронхолегочные, кардиальные, оториноларингологические, стоматологические, затрудняющие своевременную верификацию диагноза и выявляющиеся уже на стадии развития осложнений (табл. 4).

Таблица 4 - Внепищеводные (атипичные) симптомы ГЭРБ

Симптомы	Структурные составляющие	Клинические проявления
Ротоглоточные	Воспаление слизистой оболочки полости рта, носоглотки и подъязычной миндалины, развитие эрозий эмали зубов, кариеса, периодонтита, фарингита, синусита, ларингита, отитов	Ощущение кома в горле, персистирующий кашель, зубная боль, оталгии
Респираторные (бронхолегочные)	Хронические воспалительные изменения слизистой оболочки трахеи, бронхов, интерстициальной ткани легких с развитием бронхообструкции	Трахеит, хронический рецидивирующий бронхит, развитие бронхоэктазов, аспирационной пневмонии, абсцессов легких, пароксизмальное ночное апноэ, приступы пароксизмального кашля и бронхиальной астмы
Псевдокардиальные	Длительная жгучая загрудинная некоронарная боль, которая усиливается в горизонтальном положении или при наклоне туловища вперед	Эзофагит, язвы пищевода и его деструкция при эрозивных формах ГЭРБ
Кардиальные	Некоронарная боль, обусловленная эрозивными изменениями пищевода, коронарная боль при наличии сопутствующей ишемической болезни сердца. Пищеводная боль может быть вызвана острой, очень горячей, очень холодной пищей и/или ее большим объемом, усиливается в горизонтальном положении или при наклоне туловища вперед, устраняется при применении антисекреторных средств	Эзофагит, язвы пищевода и его деструкция при эрозивных формах ГЭРБ, сопутствующая ИБС

Внепищеводные (атипичные) проявления заболевания составляют 25% всех случаев ГЭРБ и могут встречаться гораздо чаще, чем типичные (классические). В связи с этим интерес к ГЭРБ постоянно возрастает среди большого числа специалистов – не только гастроэнтерологов, но и

пульмонологов, кардиологов, оториноларингологов, стоматологов и других.

При проведении дифференциальной диагностики ИБС и ГЭРБ во избежание ошибок большое внимание следует придавать тщательному сбору и детализации жалоб, а также истории развития заболевания. ГЭРБ в сочетании с ИБС чаще встречается у женщин с сопутствующей гипертонической болезнью, ожирением, сахарным диабетом.

Характер загрудинной боли и особенности сопутствующих ей клинических проявлений (желудочная диспепсия, сердечная недостаточность, нарушения ритма сердца и др.) имеют существенное значение для дифференциальной диагностики ретростеральной боли пищеводного генеза и стенокардии. Вместе с тем значение клинической диагностики не следует переоценивать. Молодой возраст, предшествующий "гастроэнтерологический" анамнез жалоб делают предположение об эзофагалгии предпочтительнее, но не исключают диагноза ИБС.

Говоря об условиях возникновения боли и факторах, провоцирующих ее при заболеваниях пищевода, необходимо отметить связь с приемом пищи (особенно при глотании), ее характером (острая, грубая, холодная или горячая) и объемом, а иногда появление или усиление боли в горизонтальном положении и ситуациях, сопровождающихся повышением внутрибрюшного давления (при ГПОД и пептических язвах пищевода). Однако хорошо известны случаи пищеводных болей, возникающих на фоне физической активности и имитирующих стенокардию напряжения. Сходство пищеводной боли и таковой при ИБС может возрастать, если наблюдается быстрый положительный результат применения нитроглицерина.

Не обладает абсолютной надежностью и критерий эффективности антацидных препаратов, так как спонтанное исчезновение боли,

обусловленной ишемией миокарда, может просто совпадать по времени с приемом этих лекарственных средств. В то же время антациды не всегда хорошо купируют эзофагеальную боль [13]. Резюмируя сказанное выше, важно подчеркнуть, что окончательное подтверждение или исключение ложной стенокардической боли эзофагеального происхождения возможно только после проведения комплекса специальных исследований, направленных на выявление патологии пищевода и коронарной болезни сердца.

Инструментальное исследование пищевода разумно начинать с эндоскопии верхних отделов желудочно-кишечного тракта, которое в необходимых случаях дополняется прицельной биопсией для последующего гистологического анализа и цитологическим исследованием. Во время эзофагоскопии оценивают состояние слизистой оболочки пищевода; обращают внимание на наличие или отсутствие признаков воспаления, эрозивно-язвенного поражения, кровоточивости, стриктур, определяют недостаточность кардии и косвенные признаки ГПОД.

Не следует забывать о рентгенологическом методе исследования пищевода и желудка, который позволяет выявлять ГЭР, ГПОД, нарушения эвакуаторной функции желудка.

Для верификации диагноза ИБС необходимо проведение нагрузочного тестирования (на велоэргометре (ВЭМ) или тредмиле), использование чреспищеводной предсердной электрической стимуляции (ЧПЭС). С помощью этих исследований на электрокардиограмме (ЭКГ) возможно фиксировать ишемические изменения, нарушения ритма сердца, которые не регистрировались в состоянии покоя на ЭКГ [14].

«Золотым стандартом» диагностики ГЭРБ является суточное рН-мониторирование в сочетании с эзофагеальной манометрией, эффективность при этом достигает 98%. Этот метод дает возможность

выявить общее число эпизодов рефлюкса в течение суток и их продолжительность (нормальные показатели рН пищевода составляют 5,5–7,0, в случае рефлюкса <4). О наличии ГЭРБ говорят в том случае, если общее количество эпизодов ГЭР в течение суток более 50 или общая продолжительность снижения рН до уровня менее 4 превышает 1 час. Суточное рН-мониторирование – незаменимый метод исследования тех пациентов, у которых рефлюкс протекает «скрыто», с минимальными клиническими проявлениями.

Более информативными методами для диагностики ИБС считаются стресс-эхокардиография (стресс-ЭхоКГ) и перфузионная сцинтиграфия миокарда с нагрузкой [15]. Эти исследования являются более затратными по сравнению с ЭКГ пробой с физической нагрузкой (ФН), имеют большое значение при обследовании больных с низкой вероятностью наличия коронарной болезни сердца, прежде всего женщин, при неоднозначных результатах ЭКГ с нагрузкой, при выборе артерии для реваскуляризации миокарда и оценке ишемии после реваскуляризации. Основным методом диагностики состояния коронарного русла служит коронароангиография (КАГ). КАГ позволяет определить тип кровоснабжения миокарда; наличие, локализацию, протяженность, степень и характер атеросклеротического поражения; признаки тромбоза, изъязвления, кальциноза и т.д.

Без выполнения высокотехнологических и дорогостоящих исследований возможно окончательное решение задачи дифференциальной диагностики ИБС и ГЭРБ после проведения одновременного суточного рН- и холтеровского ЭКГ-мониторирования. В ходе исследования устанавливается связь загрудинных болей с ГЭР (при отсутствии изменений на ЭКГ) или диагностически значимой депрессией сегмента ST, не совпадающей по времени с ГЭР. У ряда больных боли за грудиной возникают на фоне рефлюкса, сочетаются с депрессией сегмента ST; выявляется связь между ГЭР и появлением эпизодов желудочковых

экстрасистол. Таким образом, проведение одновременного суточного мониторирования рН пищевода и ЭКГ позволяет верифицировать типичные формы ИБС, при которых ишемические изменения не связаны с ГЭР, и атипичные, когда ГЭР провоцирует ишемию или нарушения ритма.

Таким образом, для дифференциальной диагностики болей в грудной клетке используют:

- 1) Тщательный сбор анамнеза и характеристик боли;
- 2) ЭКГ и фиброэзофагогастродуоденоскопию (ФЭГДС);
- 3) Нагрузочное тестирование (ВЭМ, тредмил - тест), ЧПЭС;
- 3) Рентгеноскопическое исследование пищевода;
- 4) 24-часовая рН-метрия; эзофагоманометрия;
- 5) Суточное мониторирование ЭКГ.

Необходимо помнить о возможности сочетания обоих патологических состояний у одного пациента. Для иллюстрации приведенных положений о подходах к дифференциальной диагностике приводим два клинических примера:

Пациентка С., 59 лет, поступила в кардиологический центр СКАЛ с жалобами на интенсивные боли за грудиной пекущего характера, возникающие при физической нагрузке, особенно после работы в наклонном положении, продолжающиеся от 5 до 20 минут, проходящие в покое, одышку при интенсивной физической нагрузке, повышение АД до 190\100 мм рт.ст., сухой кашель в ночное время, периодически чувство кома за грудиной, изжогу при погрешностях в диете. Пациентка страдает сахарным диабетом 2 типа, ожирением 2 степени (индекс массы тела (ИМТ) 35,6). Диагностирована гипертоническая болезнь, заподозрена ИБС, стенокардия. При выполнении тредмил-теста на 2 ступени нагрузки – признаки ишемии: косонисходящая депрессия сегмента ST в V5-V6. На фоне назначенного лечения (аспирин-кардио, периндоприл, беталок ЗОК, симвастатин, нитраты в виде спрея «по требованию») самочувствие

улучшилось: стабилизировалось АД, реже беспокоили боли за грудиной, но пациентка отметила усиление ночного кашля, изжоги. Проконсультирована гастроэнтерологом, выполнена фиброгастродуоденоскопия, диагностирована ГЭРБ. Назначены антациды, блокаторы протонной помпы. Самочувствие значительно улучшилось, исчез ночной кашель, изжога, прекратились за грудиные боли.

Таким образом, в данном наблюдении у пациентки имелись два заболевания со сходными клиническими симптомами (ИБС и ГЭРБ), и только совместные назначения кардиолога и гастроэнтеролога привели к выраженному положительному эффекту в лечении.

Показателен пример пациента О., 48 лет, который поступил в кардиологический центр СКАЛ с жалобами на повышение АД до 180/100 мм рт.ст., перебои в работе сердца, изжогу. Из анамнеза известно, что несколько лет назад пациент лечился у гастроэнтеролога по поводу гастрита. Внимание привлек тот факт, что изжога не только была связана с приемом пищи, но и возникала сразу после физической или эмоциональной нагрузки, особенно при работе в наклонном положении. Была заподозрена ГЭРБ, запланирована консультация гастроэнтеролога. В связи с жалобами на перебои в работе сердца, пациенту назначено холтеровское мониторирование. При анализе суточной регистрации ЭКГ были выявлены 3 эпизода горизонтальной депрессии сегмента ST, совпадающие по времени с пометками в дневнике «изжога». Таким образом, у пациента диагностирована ИБС, протекавшая под «маской» ГЭРБ.

Литература

1. *Ройтберг Г.Е., Струтынский А.В.* Внутренние болезни. Сердечно-сосудистая система.- Москва: Издательство БИНОМ.- 2007.- 872 с.
2. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary. // *Eur Heart J* 2007. - vol. 28. – p. 2375-414.
3. Болезни сердца и сосудов. Руководство Европейского общества кардиологов. Под ред. А.Джона Кэмма, Томаса Ф.Люшера, Патрика В.Серриуса. Перевод с английского по ред.чл.-корр. РАМН Е.В.Шляхто - Издательская группа "Геотар-Медиа" 2011. - 1437 с.
4. ACC/AHA/ACP-ACIM Guidelines for the management of patients with chronic stable angina. A report of the American College of Cardiology / American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *JACC* 2003. – vol. 41.- p.159-68.
5. Кардиология. Национальное руководство. Под ред. Беленкова Ю.Н., Оганова Р.Г.- Москва: "Геотар-Медиа" – 2010.- 1232 с.
6. *Оганов Р.Г., Фомина И.Г.* Болезни сердца. – Москва: "Литерра", 2006.- 1328 с.
7. Руководство по атеросклерозу и ишемической болезни сердца. Под ред. Акад. РАН Е.И.Чазова, чл.-корр. РАМН В.В.Кухарчука, проф. С.А. Бойцова. –Москва: "Медиа-Медика", 2007. - 736 с.
8. *Напалков, А.Н., А.П. Михайлов, Данилов А.М.* Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Пищевод Барретта: Учебное пособие. – СПб.: Изд – во С.–Петерб. ун–та, 2006. – 61 с.
9. *Wiklund I.* Review of the quality of life and burden of illness in gastroesophageal reflux disease// *Dig Dis* 2004. – vol. 112 – p.108–114.
10. *Черноусов А.Ф., Шестаков АЛ., Тамазян Г.С.* Рефлюкс–эзофагит.. – М.: ИздАт, 1999. – 136 с.
11. *Dent J, Armstrong D, Delaney B, et al.* Symptom evaluation in reflux disease: workshop background, processes, terminology, recommendations, and discussion outputs// *Gut* 2004; 53(Supp 14) – p.1–24.
12. *Locke GR III, Talley NJ, Fett SL, et al.* Prevalence and clinical spectrum of gastroesophageal reflux: a population-based study in Olmsted County, Minnesota// *Gastroenterology* 1997. – vol. 112. – p. 1448–1456.
13. *Dent J, Jones R, Kahrilas P, Talley NJ.* Management of gastro-esophageal reflux disease in general practice// *Br Med J* 2001. – vol. 322. – p. 344–347.
14. *Аронов Д.М., Лупанов В.П.* Функциональные пробы в кардиологии. – Москва: "МЕДпресс-информ", 2007; 3 изд.перераб. и доп. - 328 с.
15. *Беленков Ю.Н., Терновой С.К.* Функциональная диагностика сердечно-сосудистых заболеваний.- Издательская группа "Геотар-Медиа", 2007.- 976 с.