

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВАЗОСПАСТИЧЕСКОЙ СТЕНОКАРДИИ У ПАЦИЕНТА С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Пономаренко И.В., Сукманова И.А.

КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер», Барнаул, Россия

ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, Барнаул, Россия

ВВЕДЕНИЕ

Сочетание ишемической болезни сердца (ИБС) и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) является распространённой клинической ситуацией. В последние годы появляется всё больше информации, свидетельствующей о неслучайности сосуществования обоих заболеваний.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Мужчина, 51 год, поступил в КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер» (АККД) переводом из Центральной районной больницы (ЦРБ) с жалобами на жгучие, давящие боли за грудиной без чёткой связи с физической нагрузкой, чаще в ранние утренние часы, длительностью до 5 минут, купирующиеся положением сидя, приёмом холодной воды.

При поступлении состояние средней степени. Индекс массы тела — 23,9 кг/м². Температура — 36,6 °С. Частота дыхательных движений — 16 в мин; SpO₂ — 96 %; частота сердечных сокращений (ЧСС) — 55 уд./мин. Артериальное давление — 110/60 мм рт. ст. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Отёков нет. Живот мягкий, безболезненный. ЭКГ при поступлении: синусовый ритм с ЧСС 55 уд./мин. Отрицательный зубец ТII, III, aVF, V7–V9. Из анамнеза: артериальное давление ранее не контролировал; регулярно лекарственных препаратов не принимал. Длительный стаж курения. В течение года стал отмечать редкие эпизоды жжения за грудиной длительностью до 10 мин без чёткой связи с физической нагрузкой. Обследовался по месту жительства, проводилась фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФГДС): диагностированы грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, хронический атрофический гастрит. В течение недели до госпитализации ухудшение состояния в виде снижения толерантности к физическим нагрузкам, учащения жжения, давящих болей за грудиной. 11.05.2023 в связи с длительным болевым синдромом за грудиной вызвал ско-

рую помощь, госпитализирован в ЦРБ, далее переведён в АККД. При поступлении в АККД проведена экстренная коронароангиография, где диагностирована субокклюзия огибающей артерии (ОА). Проведено стентирование ОА стентом с лекарственным покрытием. На эхокардиографии выявлен гипокинез по боковой стенке, фракция выброса левого желудочка 59 %. Лабораторно: тропонин I при поступлении и в динамике — в пределах референтных значений; дислипидемия. После проведённого чрескожного коронарного вмешательства в отделении наблюдались ежедневные рецидивы жжения в эпигастрии и за грудиной, чаще в ночные часы. Повторно выполнена ФГДС: рефлюксный гастрит с метаплазией, недостаточность кардии. По суточному мониторингу электрокардиограммы по Холтеру (ХМ-ЭКГ) зарегистрированы эпизоды элевации сегмента ST в II, III, aVF, V5–V6 длительностью до 70 мин; частая полиморфная желудочковая экстрасистолия. С учётом рецидивирующих болей, результатов ХМ-ЭКГ проведена контрольная коронароангиография: коронарные артерии без патологии, стент ОА проходим. Проведена коррекция лечения, усиление антиангинальной терапии бета-блокаторами, дигидропиридиновыми антагонистами кальция и нитратами пролонгированного действия, а также терапия ингибиторами протонной помпы. На фоне терапии — улучшение состояния, ангинозные боли не рецидивировали. По ХМ-ЭКГ в динамике: без ишемических изменений. Выписан из стационара в удовлетворительном состоянии с рекомендациями.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

К настоящему времени установлен целый ряд патофизиологических механизмов — как обуславливающих патогенетическую связь ИБС и ГЭРБ, так и способствующих их взаимному отягощению. В основе возникновения связанной стенокардии лежит эзофагокардиальный рефлекс, обусловленный раздражением пищевода и развитием вследствие этого коронарospазма. У пациен-

тов с вариантной стенокардией обнаружена связь по времени периодов спазма пищевода с эпизодами ЭКГ-регистрируемой ишемии. Одновременно было установлено, что при нарушении мото-

рики пищевода у больных ИБС возможно формирование порочного круга: эзофагоспазм провоцирует ишемию миокарда, которая в свою очередь способствует новым эпизодам спазма пищевода.

CLINICAL CASE OF VASOSPASTIC ANGINA IN A PATIENT WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

Ponomarenko I.V., Sukmanova I.A.

Altai Regional Cardiological Dispensary, Barnaul, Russia
Altai State Medical University, Barnaul, Russia

BACKGROUND

The combination of coronary heart disease (CHD) and gastroesophageal reflux disease (GERD) is a common clinical situation. In recent years, more and more information has appeared indicating that the coexistence of both diseases is not accidental.

CLINICAL EXAMPLE

A 51-year-old man was admitted to the Altai Regional Cardiological Dispensary by transfer from the Central District Hospital with complaints of burning, pressing pains behind the sternum without a clear connection with physical activity, more often in the early morning hours, lasting up to 5 minutes, stopped by sitting, drinking cold water.

Upon admission, the state of the average degree. BMI – 23.9 kg/m². Temperature – 36.6 °C. Respiration rate – 16 per min; SpO₂ – 96 %; heart rate – 55 beats per min. Blood pressure – 110/60 mmHg. Vesicular breathing in the lungs, no wheezing. The heart sounds are clear, the rhythm is correct. There are no edema. The abdomen is soft and painless. ECG at admission: sinus rhythm with a heart rate of 55 per min. Negative T wave II, III, aVF, V7–V9. From the anamnesis: no previous blood pressure control, no taking medications regularly. Long history of smoking. During the year, the patient began to notice rare episodes of burning behind the sternum lasting up to 10 minutes without a clear connection with physical activity. He was examined at the place of residence, esophagogastroduodenoscopy (EGD) was performed, where a hernia of the esophageal opening of the diaphragm, chronic atrophic gastritis were diagnosed. During the week before hospitalization, the condition worsened in the form of a decrease in exercise tolerance, an increase in burning sensation, pressing pain behind the sternum. On May 11, 2023, due to a long-term pain syndrome behind

the sternum, he called an ambulance, was hospitalized at the Central District Hospital, and then transferred to the Altai Regional Cardiological Dispensary. Upon admission to the Altai Regional Cardiological Dispensary, emergency coronary angiography was performed, where subocclusion of the circumflex artery (CA) was diagnosed, stenting of the CA with a drug-eluting stent. Echocardiography revealed hypokinesis along the lateral wall, the ejection fraction of the left ventricle was 59 %. Laboratory: troponin I at admission and in dynamics – within the reference values; dyslipidemia. After PCI in the department, daily recurrences of burning in the epigastrium and behind the sternum more often at night. Repeated EGD: reflux gastritis with metaplasia, cardiac insufficiency. Daily monitoring of ECG recorded episodes of ST segment elevation in II, III, aVF, V5–V6, duration up to 70 minutes; frequent polymorphic ventricular extrasystole. Taking into account recurrent pains, the results of daily monitoring of ECG, a control coronary angiography was performed – the coronary arteries were without pathology, the CA stent was passable. Treatment was corrected, antianginal therapy was increased with beta-blockers, dihydropyridine calcium antagonists and long-acting nitrates, as well as therapy with proton pump inhibitors. During therapy, the condition improved, anginal pain did not recur. According to daily monitoring of ECG in dynamics – no ischemic changes. Discharged from the hospital in a satisfactory condition with recommendations.

CONCLUSION

To date, a number of pathophysiological mechanisms have been established, both causing the pathogenetic relationship between CHD and GERD, and contributing to their mutual aggravation. The basis of the occurrence of associated angina pectoris is the esophagocardial reflex, caused by irritation of the esophagus and the development of coronary

spasm as a result. In patients with variant angina pectoris, time relationship was found between periods of esophageal spasm and episodes of ECG-registered ischemia. At the same time, it was found that with im-

paired esophageal motility in patients with coronary artery disease, a vicious circle may form: esophagospasm provokes myocardial ischemia, which, in turn, contributes to new episodes of esophageal spasm.

Для цитирования: Пономаренко И.В., Сукманова И.А. Клинический случай вазоспастической стенокардии у пациента с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. *Байкальский медицинский журнал*. 2023; 2(3): 82-84. doi: 10.57256/2949-0715-2023-2-3-82-84

For citation: Ponomarenko I.V., Sukmanova I.A. Clinical case of vasospastic angina in a patient with gastroesophageal reflux disease. *Baikal Medical Journal*. 2023; 2(3): 82-84. doi: 10.57256/2949-0715-2023-2-3-82-84