

**Содержание**

1. Определение
2. Эпидемиология
3. Этиология ИБС и ГЭРБ
4. Патогенез ИБС и ГЭРБ
5. Патологическая анатомия ИБС и ГЭРБ
6. Классификация ИБС и ГЭРБ
7. Клиника ИБС и ГЭРБ
8. Диагностика ИБС и ГЭРБ
9. Дифференциальная диагностика ИБС и ГЭРБ
10. Лечение ИБС и ГЭРБ
11. Прогноз и профилактика ИБС и ГЭРБ
12. Список используемой литературы

**1.Определение**

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) — поражение миокарда, вызванное нарушением кровотока по коронарным артериям. ИБС возникает в результате органических (необратимых) и функциональных (преходящих) изменений. Главная причина органического поражения — атеросклероз КА.

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.

**2.Эпидемиология**

В России, как и во всем мире, несмотря на проводимые лечебно-профилактические мероприятия, сердечно-сосудистая патология по-прежнему занимает первое место в структуре заболеваемости и смертности. Лидирующую позицию в структуре причин смерти от ССЗ занимает ишемическая болезнь сердца. Ежегодная смертность от ИБС среди населения России — 27%.

Распространенность ГЭРБ в России среди взрослого населения составляет 18–46%, причем у 45–80% больных с ГЭРБ обнаруживают эзофагит. В общей популяции населения распространенность эзофагита оценивают в 5–6%, при этом у 65–90% больных отмечается незначительно и умеренно выраженный эзофагит, у 10–35% — тяжелый эзофагит. Частота возникновения тяжелого эзофагита в общей популяции составляет 5 случаев на 100 000 населения в год.

**3.Этиология**

В большинстве случаев (~95%) основными причинами развития ИБС являются анатомический атеросклеротический и/или функциональный стеноз эпикардиальных сосудов и/или микрососудистая дисфункция. ИБС — заболевание, развитие которого определяется наличием и дальнейшим ростом обструктивной или необструктивной атеросклеротической бляшки. К редким причинам ИБС (<5% случаев) относятся врожденные аномалии отхождения коронарных артерий (КА), синдромы Марфана, Элерса–Данло с расслоением корня аорты, коронарные васкулиты при системных заболеваниях соединительной ткани, болезнь Кавасаки и синдром Гурлер, инфекционный эндокардит, передозировка сосудосуживающих препаратов и некоторых наркотических средств, диффузное стенозирование КА в пересаженном сердце, сифилитический мезаортит и ряд других состояний.

Этиология ГЭРБ не установлена. Из предрасполагающих факторов чаще всего называют: психоэмоциональную дезадаптацию, избыточную массу тела (ожирение), курение и хронический алкоголизм, повторные беременности, грыжу пищеводного отверстия диафрагмы и поражение пищевода при системной склеродермии.

**4.Патогенез**

Ишемия миокарда возникает, когда потребность миокарда в кислороде превышает возможности его доставки с кровотоком по КА. Главные механизмы возникновения ишемии: снижение коронарного резерва (способности к увеличению коронарного кровотока при повышении метаболических потребностей миокарда), а также первичное уменьшение коронарного кровотока вследствие атеросклеротического стеноза. Потребность миокарда в кислороде определяют три основных фактора: напряжение стенок левого желудочка (ЛЖ); частота сердечных сокращений (ЧСС); сократимость миокарда. Чем выше значение каждого из этих показателей, тем выше потребление миокардом кислорода. Величина коронарного кровотока зависит от трех основных факторов: сопротивления КА; ЧСС; перфузионного давления (разность между диастолическим давлением в аорте и диастолическим давлением в ЛЖ).

Патологический рефлюкс возникает вследствие недостаточности нижнего пищеводного сфинктера, то есть ГЭРБ — заболевание с исходным нарушением двигательной функции верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Ключевым фактором патогенеза ГЭРБ выступает патологически высокая частота и/или длительность эпизодов заброса содержимого желудка в пищевод. Целостность слизистой оболочки пищевода обусловлена равновесием между факторами агрессии и способностью слизистой оболочки противостоять повреждающему действию забрасываемого содержимого желудка при гастроэзофагеальном рефлюксе. Нарушение этого равновесия у большой части пациентов сопровождается существенным замедлением восстановления рН дистальной части пищевода после каждого эпизода рефлюкса. Нарушение клиренса пищевода развивается вследствие комбинации нескольких факторов: ослабления перистальтики грудного отдела пищевода, снижения секреции слюны и муцина . Первым барьером, оказывающим цитопротективный эффект, является слой слизи, покрывающий эпителий пищевода и содержащий муцин. Слизистый слой является одним из ключевых составляющих химического клиренса пищевода и восстановления рН в пищеводе до нормальных показателей, нарушение которого способствует ухудшению очищения пищевода от попавшего в него кислого, слабокислого или слабощелочного содержимого. Установлено, что секреция муцинов в слизи при ГЭРБ снижается в зависимости от тяжести эзофагита, что является дополнительным фактором, предрасполагающим к развитию эрозивного эзофагита в условиях продолжающегося ГЭР.

**5.Патологическая анатомия**

Механизм ишемического повреждения миокарда сложен и обусловлен прекращением поступления в миокардиоциты кисло­рода, нарушением окислительного фосфорилирования и, следо­вательно, возникновением дефицита АТФ. В результате наруша­ется работа ионных помп, и в клетки поступает избыточное ко­личество натрия и воды, в то же время происходит потеря клетками калия. Все это приводит к отеку и набуханию митохондрий и самих клеток. В клетку поступает также избыточное количест­во кальция, вызывающего активацию Са2+-зависимых протеаз, диссоциацию актиновых микрофиламентов, актива­цию фосфолипазы А2. В миокардиоцитах усиливается анаэроб­ный гликолиз, расщепляются запасы гликогена, что приводит к ацидозу. В условиях дефицита кислорода образуются активные формы кислорода и пероксиды липидов. Затем наступает разрушение мембранных структур, прежде всего митохондриальных, наступают необратимые повреждения.

Гистологическое исследование биопсийного материала слизистой оболочки пищевода больных ГЭРБ может продемонстрировать как нормальную ткань, так и признаки воспаления (эзофагита), изъязвлений слизистой, наличие стриктуры, метаплазии эпителиальных клеток (пищевод Баррета), а также картину рака пищевода.

Гистологическими признаками эзофагита являются: гиперплазия базальной зоны; удлинение сосочков; расширение венул, гиперемия; лейкоцитарная инфильтрация эпителия; эрозии и язвы в тяжелых случаях.

**6.Классификация**

Классификация ИБС:

1. Внезапная коронарная смерть
2. Стенокардия

- впервые возникшая стенокардия

- стабильная стенокардия напряжения

- прогрессирующая стенокардия

- спонтанная стенокардия

3.Безболевая ишемия

4.Инфаркт миокарда

- ИМ с зубцом Q

- ИМ без зубца Q

5. Постинфарктный кардиосклероз

6. Нарушения сердечного ритма и проводимости.

7. Сердечная недостаточность

Классификация ГЭРБ:

по клиническим формам:

- неэрозивная рефлюксная болезнь (НЭРБ) (60-65% случаев);

- эрозивная (рефлюкс-эзофагит) (30-35% случаев);

- пищевод Баррета (5%).

для оценки степени тяжести:

клинические критерии:

- легкая – изжога менее 2 раз в неделю;

- средняя – изжога 2 раз в неделю и более, но не ежедневно;

- тяжелая – изжога ежедневно.

эндоскопические критерии:

В настоящее время используется модифицированная классификация Savary-Millera или Лос-Анжелесская классификация эзофагита, 1994г.

Модифицированная классификация эзофагитов по Savary-Miller

I Одна или несколько изолированных овальных или линейных эрозий расположены только на одной продольной складке слизистой оболочки пищевода.

II Множественные эрозии, которые могут сливаться и располагаться более, чем на одной продольной складке, но не циркулярно.

III Эрозии расположены циркулярно (на воспаленной слизистой).

IV Хронические повреждения слизистой оболочки: одна или несколько язв, одна или несколько стриктур и/или короткий пищевод. Дополнительно могут быть или отсутствуют изменения, характерные для I-III степени тяжести эзофагита.

V Характеризуется наличием специализированного цилиндрического эпителия (пищевод Barrett), продолжающегося от Z–линии, различной формы и протяженности. Возможно сочетание с любыми изменениями слизистой оболочки пищевода, характерными для I-IV степени тяжести эзофагита.

Классификация рефлюкс – эзофагита (Лос-Анджелес, 1994)

А Одно (или более) поражение слизистой оболочки (эрозия или изъязвление) длиной менее 5 мм, ограниченное пределами складки слизистой оболочки

В Одно (или более) поражение слизистой оболочки (эрозия или изъязвление) длиной более 5 мм, ограниченное пределами складки слизистой оболочки

С Поражение слизистой оболочки распространяется на 2 и более складки слизистой оболочки, но занимает менее 75% окружности пищевода

D Поражение слизистой оболочки распространяется на 75% и более окружности пищевода

по фазам заболевания:

- обострение;

- ремиссия.

осложнения ГЭРБ:

- пептический эрозивно-язвенный эзофагит;

- пептическая язва пищевода;

- пептическая стриктура пищевода;

- пищеводное кровотечение;

- постгеморрагическая анемия;

- пищевод Баррета;

- аденокарцинома пищевода.

**7. Клиника**

Самой частой жалобой при стенокардии напряжения, как наиболее распространенной форме стабильной ИБС, является боль в груди.

Признаки типичной стенокардии напряжения:

1) боль (или дискомфорт) в области грудины, возможно, с иррадиацией в левую руку, спину или нижнюю челюсть, реже — в эпигастральную область, длительностью от 2 до 5 (менее 20) мин. Эквивалентами боли бывают: одышка, ощущение «тяжести», «жжения»;

2) вышеописанная боль возникает во время физической нагрузки или выраженного психоэмоционального стресса;

3) вышеописанная боль быстро исчезает после прекращения физической нагрузки или через 1–3 минуты после приема нитроглицерина.

Для подтверждения диагноза типичной стенокардии необходимо наличие у пациента всех трех вышеперечисленных признаков одновременно. Эквивалентом физической нагрузки может быть кризовое повышение артериального давления (АД) с увеличением нагрузки на миокард, а также обильный прием пищи.

Диагноз атипичной стенокардии ставится, если у пациента присутствуют любые два из трех вышеперечисленных признаков типичной стенокардии.

Признаки неангинозных (нестенокардитических) болей в грудной клетке:

1) боли локализуются попеременно справа и слева от грудины;

2) боли носят локальный, «точечный» характер;

3) боли продолжаются более 30 минут после возникновения (до нескольких часов или суток), могут быть постоянными, «простреливающими» или «внезапно прокалывающими»;

4) боли не связаны с ходьбой или иной физической нагрузкой, однако зависят от положения тела: возникают при наклонах и поворотах корпуса, в положении лежа (за исключением стенокардии «decubitus» — истинной стенокардии, возникающей в лежачем положении в результате увеличения венозного возврата и увеличения преднагрузки на сердце с увеличением потребности миокарда в кислороде), при длительном нахождении тела в неудобном положении, при глубоком дыхании на высоте вдоха;

5) боли не купируются приемом нитроглицерина;

6) боли усиливаются при пальпации грудины и/или грудной клетки по ходу межреберных промежутков.

Особенностью болевого синдрома в грудной клетке при вазоспастической стенокардии является то, что болевой приступ, как правило, очень сильный, локализуется в «типичном» месте — в области грудины. Нередко такие приступы случаются ночью и рано утром, а также при воздействии холода на открытые участки тела.

Особенностью болевого синдрома в грудной клетке при микрососудистой стенокардии является то, что ангинозная боль, по качественным признакам и локализации соответствует стенокардии, но возникает через некоторое время после физической нагрузки, а также при эмоциональном напряжении, может возникать в покое и плохо купируется органическими нитратами.

Основными клиническими проявлениями ГЭРБ являются изжога, отрыжка, регургитация, дисфагия,одинофагия.  
 Изжога является наиболее характерным симптомом ГЭРБ. Встречается как минимум у 75% больных; причиной ее возникновения является продолжительный контакт кислого содержимого желудка (pH<4) со слизистой пищевода. Изжога воспринимается как жжение или ощущение жара в области мечевидного отростка, за грудиной (обычно в нижней трети пищевода). Чаще всего появляется после еды. Возникновению способствуют физические нагрузки, подъем тяжестей, наклоны туловища вперед, горизонтальное положение больного, а также ношение тугих поясов и корсетов.   
 Отрыжка кислым или горьким, возникает в результате попадания желудочного и (или) дуоденального содержимого в пищевод, а затем и в полость рта. Как правило, возникает после еды, приема газированных напитков, а также в горизонтальном положении.   
 Одинофагия - боль, возникающая при глотании и прохождению пищи по пищеводу; обычно локализуется за грудиной или в межлопаточном пространстве, может иррадиировать в лопатку, шею, нижнюю челюсть. Боли нередко имитируют стенокардию. Для эзофагеальных болей характерны связь с приемом пищи, положением тела и купирование их употреблением щелочных минеральных вод и антацидов.

Регургитация возникает, как правило, при застойных эзофагитах, проявляется пассивным поступлением содержимого пищевода в полость рта.

Внепищеводные симптомы ГЭРБ

1.Бронхолегочные: кашель, приступы удушья. Эпизоды ночного удушья или дыхательного дискомфорта могут указывать на возникновение особой формы бронхиальной астмы, патогенетически связанной с гастроэзофагеальным рефлюксом.  
2. Оториноларингологические: осиплость голоса, симптомы фарингита.  
3. Стоматологические: кариес, истончение и/или эрозии эмали зубов.  
4. Выраженный кифоз, особенно при необходимости ношения корсета (часто сочетается с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы и ГЭРБ).

**8.Диагностика**

ИБС.

Лишь немногие лабораторные исследования обладают самостоятельной прогностической ценностью при стабильной ИБС. Самым важным параметром является липидный спектр крови. Остальные лабораторные исследования крови и мочи позволяют выявить сопутствующие заболевания и синдромы (сердечную недостаточность, сахарный диабет (СД), дисфункцию щитовидной железы, анемию, эритремию, тромбоцитоз, тромбоцитопению, хроническую печеночную или почечную недостаточность и т.д.), которые ухудшают прогноз ИБС и требуют учета при подборе лекарственной терапии и при возможном направлении больного на оперативное лечение.

Электрокардиографическое исследование. При неосложненной стабильной ИБС специфические ЭКГ-признаки ишемии миокарда вне нагрузки обычно отсутствуют. Единственным достаточно специфичным признаком ИБС на ЭКГ покоя является зубец Q после перенесенного острого инфаркта миокарда. Изолированные изменения зубца Т малоспецифичные и требуют сопоставления с клиникой заболевания и данными других исследований.

Эхокардиографическое исследование в покое предоставляет важную информацию об анатомии и функции сердца. Основная цель ЭхоКГ в покое — это оценка систолической и диастолической функции ЛЖ, обнаружение НЛС, а также исключение других причин боли в грудной клетке, в частности, клапанного поражения, перикардита, миокардита, аневризмы восходящей аорты, гипертрофической кардиомиопатии и других заболеваний.

Магнитно-резонансная томография сердца и магистральных сосудов, магнитно-резонансная томография сердца с контрастированием в состоянии покоя проводится с целью получения информации о структуре и функции сердца.

Рентгенография грудной клетки – для исключения других заболеваний.

Суточное мониторирование ЭКГ (Холтеровское). Метод позволяет определить частоту возникновения, продолжительность и условия возникновения нарушений ритма сердца и проводимости.

Нагрузочная ЭКГ. Отрицательный нагрузочный тест является признаком, снижающим вероятность ИБС. При положительном или сомнительном нагрузочном тесте (появлении стенокардии, ЭКГ-признаков ишемии миокарда, низкой толерантности к физической нагрузке (ТФН)) вероятность ИБС повышается.

ГЭРБ

Рентгенологическое исследование грудной клетки, пищевода, желудка. Необходимо для выявления признаков рефлюкс-эзофагита, других осложнений ГЭРБ, сопровождающихся значимыми органическими изменениями пищевода (пептическая язва, стриктура, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы и другие).

Эзофагоскопия необходима для выявления степени развития рефлюкс-эзофагита; наличия осложнений ГЭРБ (пептическая язва пищевода, стриктура пищевода, пищевод Барретта, кольца Шатцки); исключения опухоли пищевода.

24-часовая внутрипищеводная pH-метрия - один из наиболее информативных методов диагностики ГЭРБ. Позволяет оценить динамику уровня pH в пищеводе, связь с субъективными симптомами (приемом пищи, горизонтальным положением), количество и длительность эпизодов с pH ниже 4,0 (эпизоды рефлюкса более 5 минут), отношение времени рефлюкса (при ГЭРБ pH <4.0 более чем 5% в течение суток).

Внутрипищеводная манометрия - позволяет выявить изменение тонуса нижнего пищеводного сфинктера (НПС), моторную функцию пищевода (перистальтика тела, давление покоя и расслабление нижнего и верхнего пищеводных сфинктеров).

УЗИ органов брюшной полости для определения сопутствующей патологии органов брюшной полости.

Электрокардиографическое исследование, велоэргометрия для дифференциального диагноза с ИБС. При ГЭРБ изменений не обнаруживают.

**9.Дифференциальный диагноз**

Возрастная группа: ИБС – чаще старше 40-50лет.

ГЭРБ – часто люди молодого возраста.

Анамнез: ИБС- Наличие в анамнезе ранее заболевания ССС (гипертония, имеющая стенокардия и тд)

ГЭРБ - Наличие в анамнезе заболевания ЖКТ ( грыжа пищеводного отверстия диафрагмы и тд).

Жалобы: ИБС - Боль( или дискомфорт при стенокардии) - интенсивная; жгучая, давящая, сжимающего характера, волнообразная; располагается за грудинной; иррадиирующая в левую руку, лопатку, нижнюю челюсть; длительностью 3-5 ( менее 20) минут(стенокардия)/ свыше 20 минут (ИМ); возникает при физической нагрузке( стенокардия); либо в утренние часы, после физической и психоэмоциональной нагрузки; купируется в покое или после приема нитроглицерина (стенокардия); неэффективен нитроглицерин, боль купируется наркотическими анальгетиками (ИМ).

Сопутствующие симптомы: страх смерти, тревога, повышенное потоотделение, одышка, тошнота, тахикардия, головокружение, помутнение сознания, обмороки.

ГЭРБ - боль – постоянная, неинтенсивная; жгучая, сжимающего характера; располагается за грудиной; возможна иррадиация в левую руку, лопатку, шею, нижнюю челюсть; продолжительностью от нескольки минут до нескольких часов; провоцирующие факторы – обильная пища, горизонтальное положение тела; купируется при приеме антацидов, смене положения тела.

Сопутствующие симптомы – изжога, отрыжка кислым, дисфагия, гиперсаливация.

Факторы риска: ИБС - немодифицируемые: мужской пол, возраст( муж. старше 45, жен. старше 55), отягощенная наследственность. Модифицируемые: дислипидемия, АГ, курение, ожирение, нарушение углеводного обмена, гиподинамия.

ГЭРБ - употребление в пищу некоторых пищевых продуктов: жиров, шоколада, кофе, фруктовых соков, острых приправ, томатов, газированных напитков; длительный прием медикаментов снижающих тонус НПС (нитраты, блокаторы кальциевых каналов, антидепрессанты, НПВС, β-адреномиметикихолинолитики, миотропные спазмолитики и тд.); грыжа пищевого отверстия диафрагмы; ожирение; психоэмоциональный стресс; курение, злоупотребление алкоголем; беременность; запоры, метеоризм; поза ( длительные наклоны туловища).

Лабораторные методы исследования: ИБС - ОАК: возможно повышение лейкоцитов, ускорение СОЭ. Б/х: повышение кардиоспецифических ферментов (при ИМ и нестабильной стенокардии): Тропонины Т и I/МВ-КФК; повышение ХЛ, ЛПНП.

ГЭРБ - ОАК- норма/снижение показателей красной крови: анемия (в случаях, когда у больного имеет место кровотечение). Б/х: без особенностей.

Инструментальные методы. ЭКГ: ИБС (зависит от формы)- подъем или депрессия сегмента ST; наличие или отсутствие зубца Q или комплекса QS; возможно уменьшение амплитуды зубца R; наличие/отсутствие «коронарного» T.

ГЭРБ - без особых изменений

ФГДЭС: ИБС – без особенностей.

ГЭРБ - уменьшение расстояния от передних резцов до кардии, наличие грыжевой полости, наличие «второго входа» в желудок, зияние или неполное смыкание кардии, транскардиальная миграция слизистой оболочки, гастроэзофагеальный рефлюкс, грыжевой гастрит, рефлюкс- эзофагит, наличие контрактильного кольца, наличие очагов эктопии эпителия – пищевод Баррета.

Нагрузочное тестирование (ВЭМ): ИБС - положительная проба (возникновение приступа стенокардии, развитие тяжелой одышки, удушья; снижение АД по сравнению с исходным; снижение/подъем сегмента ST по ишемическому типу на 1 мм и более).

ГЭРБ – отрицательная проба.

Рентгенологическое исследование: ИБС – без особенностей.

ГЭРБ - отек кардии и свода желудка, повышенная подвижность абдоминального отдела пищевода, сглаженность или отсутствие угла Гиса, антиперистальтические движения пищевода (танец глотки), выпадение слизистой пищевода в желудок, наличие в области пищеводного отверстия и над диафрагмой складок слизистой оболочки, характерной для слизистой желудка, которые непосредственно переходят в складки поддиафрагмальной части желудка, грыжевая часть желудка образует округлое или неправильной формы выпячивание, с ровными или зазубренными контурами, широко сообщающееся с желудком.

24-часовая рН-метрия: ИБС – без особенностей.

ГЭРБ - 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 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 мониторирование ЭКГ: ИБС - отмечается связь изменений на ЭКГ и приступов болей.

ГЭРБ - нет связи изменений на ЭКГ и приступов боли.

Эзофагоманометрия: ИБС – без особенностей.

ГЭРБ - отмечается снижение тонуса нижнего пищеводного сфинктера, могут выявляться грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, снижение амплитуды перистальтических сокращений стенки пищевода.

**10. Лечение**

Основой консервативного лечения стабильной ИБС являются устранение модифицируемых факторов риска и комплексная медикаментозная терапия. При выявлении избыточной массы тела рекомендуется ее снижение с помощью дозированных физических нагрузок и низкокалорийной диеты. Курящим пациентам настоятельно рекомендуется отказ от курения при помощи не только изменения поведенческой стратегии, но также использования фармакологической поддержки. Рекомендована ежегодная вакцинация против гриппа пациентов с ИБС, особенно у пожилых пациентов для снижения риска ССО и улучшения качества жизни.

Медикаментозная терапия включается в себя следующие группы препаратов:

- Для устранения непосредственно приступа стабильной стенокардии назначаются органические нитраты короткого действия (нитроглицерин).

- Блокаторы бета-адренергических рецепторов — уменьшают потребность сердечной мышцы в кислороде за счёт снижения частоты сердечных сокращений и артериального давления, увеличивают доставку кислорода к миокарду с помощью увеличения коллатерального кровотока, обладают антиаритмической активностью (бисопролол, метопролол, небиволол).

- Антагонисты кальция — тормозят вход ионов кальция внутрь клеток сердца и тем самым предупреждают их повреждение, расширяют коронарные артерии, уменьшают потребление кислорода сердечной мышцей за счёт снижения артериального давления и частоты сердечных сокращений (верапамил, дилтиазем, амлодипин).

- Для профилактики ССО всем пациентам со стабильной ИБС рекомендуется назначить ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы (статины) в максимально переносимой дозировке до достижения целевого уровня ХсЛНП (<1,4 ммоль/л) и его снижения на 50% от исходного уровня.

- Антиагреганты. Для профилактики ССО всем пациентам со стабильной ИБС в качестве ингибитора агрегации тромбоцитов рекомендуется назначение ацетилсалициловой кислоты (АСК) в дозе 75–100 мг в сутки/ при непереносимости Клопидогрел в дозе 75 мг в сутки.

Хирургическое лечение включает в себя реваскуляризацию - ЧКВ показано пациентам с ИБС при сохранении симптомов стенокардии несмотря на проводимое оптимальное медикаментозное лечение при наличии гемодинамически значимых поражений коронарных артерий.

Консервативная терапия ГЭРБ включает в себя модификацию образа жизни и консервативную терапию. Изменение образа жизни следует считать обязательной предпосылкой эффективного антирефлюксного лечения пациентов с ГЭРБ. В первую очередь необходимо уменьшить массу тела, если она избыточная, и отказаться от курения. Пациенты должны избегать переедания и прекращать прием пищи за 2 ч до сна. В то же время не следует увеличивать число приемов пищи: необходимо соблюдать 3–4-разовое питание и отказаться от перекусов. Необходимо избегать ситуаций, способствующих повышению внутрибрюшного давления (ношение тугих поясов, корсетов и бандажей, поднятие тяжестей более 8–10 кг на обе руки, работы, сопряженные с наклоном туловища вперед.)

Медикаментозная терапия включает в себя следующие группы препаратов:

- Альгинаты. Формируют механический барьер-плот, препятствующий забросу содержимого желудка в пищевод. Создавая защитный барьер на поверхности желудочного содержимого, эти препараты способны значительно и длительно (более 4,5 ч) уменьшать количество как патологических кислых ГЭР, так и слабощелочных дуоденогастроэзофагеальных рефлюксов, создавая тем самым оптимальные физиологические условия для СО пищевода.

- Антацидные средства. Применяют для устранения умеренно выраженных и редко возникающих симптомов, особенно тех, которые связаны с несоблюдением рекомендованного образа жизни.

- Прокинетики способствуют восстановлению физиологического состояния пищевода, воздействуя на патогенетические механизмы ГЭРБ, уменьшая количество ПРНПС и улучшая пищеводный клиренс путем стимуляции двигательной функции нижележащих отделов пищеварительного тракта.

- Адсорбенты оказывают комплексное действие: во‑первых, нейтрализуют соляную кислоту желудочного сока, во‑вторых, дают выраженный адсорбирующий эффект, связывая компоненты содержимого ДПК (желчные кислоты, лизолецитин) и пепсин.

- ИПП - подавляют активность фермента Н+, К+-АТФазы, находящегося на апикальной мембране париетальной клетки и осуществляющего последний этап синтеза соляной кислоты ( т.е. снижают выработку соляной кислоты).

Антирефлюксное хирургическое лечение считают показанным при осложненном течении заболевания - повторные кровотечения, пептические стриктуры пищевода, развитие пищевода Баррета с дисплазией эпителия высокой степени, доказанной двумя морфологами, частые аспирационные пневмонии.

**11.Профилактика. Прогноз.**

Профилактика ишемической болезни бывает первичная или вторичная. Первичная профилактика направлена на предотвращение развития атеросклероза и ИБС, и заключается в устранении или уменьшении модифицируемых факторов риска (дислипидемия, АГ, курение, ожирение, нарушение углеводного обмена, гиподинамия.) Вторичная профилактика включает в себя: контроль уровня АД, контроль уровня ХС, соблюдение рекомендаций лечащего врача, приверженность к лечению, отказ от курения, поддержание оптимальной массы тела. При своевременном обращении за медицинской помощью, приеме адекватной терапии – прогноз при ИБС благоприятный.

Первичная профилактика ГЭРБ состоит в предупреждении развития заболевания и включает в себя следующие рекомендации: отказ курения и приема алкогольных напитков, рациональное питание, снижение массы тела при ожирении, только по показаниям осуществлять прием лекарств, вызывающих рефлюкс (антихолинергические, спазмолитические, седативные препараты, транквилизаторы, ингибиторы кальциевых каналов, b-адреноблокаторы, простагландины, нитраты) и повреждающих слизистую оболочку (НПВС). Цель вторичной профилактики ГЭРБ является снижение частоты рецидивов и предотвращение прогрессирования заболевания. Обязательным компонентом вторичной профилактики является соблюдение вышеизложенных рекомендаций по первичной профилактике и своевременном приеме медикаментозной терапии. В большинстве случаев прогноз при ГЭРБ – благоприятный.

**12.Список используемой терапии**

1. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни/ Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С. и др.,2020.
2. Клинические рекомендации Российского кардиологического общества: Стабильная ишемическая болезнь сердца/ Барбараш О.Л., Карпов Ю.А и др., 2020.
3. Дидигова Р.Т., Инарокова А.М., Имагожева М.Я., Мамедов М.Н. Современные взгляды на этиологию и диагностику ишемической болезни сердца. // Лечебное дело, 2012. С 11-17.
4. Середа Н.Н. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.// Сибирский медицинский журнал, 2014. С 133-138.
5. Карпов Ю. А., Сорокин Е. В. Стабильная ишемическая болезнь сердца: стратегия и тактика лечения. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицинское информационное агентство, 2012. 271 с.