

# ТЕРАПИЯ ЭРОЗИВНОГО ЭЗОФАГИТА, ФОРМИРУЕМОГО «СМЕШАННЫМ» РЕФЛЮКТАТОМ, У ПАЦИЕНТОВ С ИБС

В статье представлен результат применения комбинации препаратов ИПП (пантопразол) и УДХК в терапии эрозивного эзофагита, формируемого «смешанным» рефлюктом, у пациентов с ИБС.

В исследование включены 62 пациента, у которых при ЭГДС выявлен эрозивный эзофагит. Сформированы две группы: основная (ОГ) – 34 пациента с эрозивным рефлюкс-эзофагитом и ИБС и контрольная (КГ) – 28 пациентов с эрозивным рефлюкс-эзофагитом без ИБС. Пациенты обеих групп принимали ИПП (пантопразол) 80 мг/сут и УДХК в дозировке 15 мг/кг/сут в течение 12 нед. (84 дня).

По результатам исследования полная эпителизация дефектов СОП наступила у 100% пациентов ОГ к 84-му дню терапии, у пациентов КГ этот показатель был достигнут к 56-му дню основного курса терапии.

В лечении ЭЭ, формируемого «смешанным» рефлюктом, у пациентов с ГЭРБ и ИБС показала свою эффективность комбинация препаратов ИПП (пантопразол) в дозе 80 мг/сут и УДХК в дозировке 15 мг/кг/сут для основного курса терапии длительностью не менее 84 дней. Эффективной дозой УДХК для поддерживающей терапии длительностью не менее 2 месяцев является 5 мг/кг/сут в комбинации с ИПП в суточной дозе 40 мг.

**Ключевые слова:** эрозивный эзофагит, смешанный рефлюкс, ишемическая болезнь сердца, пантопразол, урсодезоксихолевая кислота.

**O.N. MINUSHKIN, A.G. SHULESHOVA, K.A. BONDAREV, D.V. DANILOV**

Central State Medical Academy, Federal State Budgetary Institution of Administrative Affairs of the President of the Russian Federation, Moscow

## ТHERAPY FOR EROSIIVE ESOPHAGITIS INDUCED BY MIXED REFLUX IN PATIENTS WITH CAD

The article presents the results of using a combination of PPI (pantoprazole) and UDCA for the treatment of erosive esophagitis induced by mixed reflux in patients with coronary artery disease.

A total of 62 patients with EGDS-proven erosive esophagitis were enrolled in the study. The patients were divided into two groups: the active treatment group (ATG) which included 34 patients with erosive reflux esophagitis and control group (CG), which included 28 patients with erosive reflux esophagitis without CAD. The patients of both groups received IPP (pantoprazole) 80 mg/day and UDCA at a dosage of 15 mg/kg/day for 12 weeks. (84 days).

The study showed that complete epithelialization of esophageal mucosa defects was detected in 100% of ATG patients by Day 84 of therapy, the same was achieved in CG patients by Day 56 of the basic course of therapy.

The treatment of EE induced by mixed reflux with a combination of PPI (pantoprazole) at a dose of 80 mg/day and UDCA at a dosage of 15 mg/kg/day was efficient in patients with GERD and CAD as a basic course of therapy for not less than 84 days. An effective dose of UDCA for maintenance therapy is 5 mg/kg/day in combination with PPI at a daily dose of 40 mg for not less than 2 months.

**Keywords:** erosive esophagitis, mixed reflux, coronary artery disease, pantoprazole, ursodeoxycholic acid.

## ВВЕДЕНИЕ

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) как монозаболевание встречается реже и может совместно протекать с заболеваниями других органов и систем [4]. Сочетание заболеваний сердечно-сосудистой и пищеварительной систем является частой клинической ситуацией, связанной с их взаимоотношающимся действием [1, 7, 9, 10]. Распространенность ГЭРБ в России составляет 13,3–23,6%, а среди пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) встречается в 30–50% случаев [2, 5, 8].

ГЭРБ и ИБС имеют схожие клинические проявления, затрудняющие своевременную постановку диагноза и подбор соответствующей терапии. Пациентам с ИБС в клинической практике часто с «кардиопротективной» и лечебной целью назначают препараты ацетилсалициловой кислоты (АСК), что в свою очередь потенцирует гастроинтестинальные повреждения и их осложнения, а прием антиангинальных препаратов (нитратов, β-блокаторов, антагонистов кальция) может провоцировать снижение

тонуса нижнего пищеводного сфинктера (НПС) [11]. Возможно, именно поэтому распространенность ГЭРБ у больных ИБС выше, чем в общей популяции [5].

Зачастую у пациентов с коморбидным течением ГЭРБ и ИБС, несмотря на адекватную антиангинальную и антисекреторную терапию, сохраняется резистентность к лечению. Это может быть связано с тем, что помимо патологического рефлюкса «кислого болюса» возможно присутствие дуоденального компонента, что приводит к так называемому смешанному рефлюксу. В том случае, когда повреждающий эффект оказывают одновременно кислота и желчь, целесообразно назначение комбинированной терапии, включающей препараты ингибиторов протонной помпы (ИПП) и урсодезоксихолевой кислоты (УДХК) [6, 9]. Однако количество работ, посвященных вопросам применения УДХК у пациентов с ИБС в лечении эрозивного эзофагита (ЭЭ), не так велико [3].

**Цель исследования:** оценить эффективность комбинации препаратов пантопразол и УДХК в лечении эрозивного эзофагита у пациентов с ИБС, формируемого

«смешанным» рефлюктом. Выбрать оптимальную дозировку УДХК для курсового и поддерживающего лечения.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование включены 238 человек в возрасте от 18 лет и старше, у которых при проведении ЭГДС выявлен эрозивный рефлюкс-эзофагит.

Статистический анализ полученных результатов проводился на персональном компьютере с помощью пакета прикладных программ «Statistica for Windows 6.0». Количественные данные представлены в виде среднего значения  $\pm$  стандартное отклонение ( $M \pm \delta$ ). Качественные признаки представлены в виде абсолютных значений с указанием частоты встречаемости в процентах. Для сравнения цифровых данных в двух выборках пользовались t-критерием Стьюдента. Также для оценки достоверности различий качественных признаков применялся альтернативный двусторонний анализ Фишера и  $\chi^2$ . Различия считали достоверными на уровне значимости 95% при  $p < 0,05$ .

Все пациенты обследованы по единому плану, включавшему проведение клинических и инструментальных исследований. Перед проведением ЭГДС и 24-часовой рН-импедансометрии всем пациентам проводилась ЭКГ с помощью электрокардиографа CARDIOVIT AT-2 PLUS, SCHILLER AG (Швейцария).

Инструментальное обследование включало проведение ЭГДС с помощью эндоскопов OLYMPUS EVIS EXERA II GIF-Q180 и OLYMPUS EVIS EXERA II GIF-H160 (Япония) с осмотром в узком спектре света NBI и с биопсией слизистой оболочки пищевода для морфологического исследования.

**В случае, когда повреждающий эффект оказывают одновременно кислота и желчь, целесообразно назначение комбинированной терапии, включающей препараты ингибиторов протонной помпы и урсодезоксихолевой кислоты**

Для выявления рефлюкса и установления его характера всем пациентам выполнена 24-часовая рН-импедансометрия при помощи рН-импеданс-рекордера Ohmega MMS (Нидерланды) и системы для клинических исследований Solar GI MMS (Нидерланды). По результатам исследования сформирована группа больных (62 человека), имеющих смешанный характер рефлюктата.

Для оценки эффективности основной и поддерживающей терапии в лечении эрозивного эзофагита, формируемого «смешанным» рефлюктом, пациентов поделили на 2 группы: основная группа (ОГ) – 34 человека, страдающих эрозивным рефлюкс-эзофагитом и ИБС (20 мужчин и 14 женщин, средний возраст которых составил  $63 \pm 4,6$  года); контрольная группа (КГ) – 28 человек с эрозивным рефлюкс-эзофагитом без ИБС (16 мужчин и 12 женщин, средний возраст которых составил  $62 \pm 7,3$  года).

Пациенты ОГ и КГ принимали ИПП (пантопрозол) в дозировке 40 мг х 2 раза в день за 30 мин до еды и препарат УДХК в дозировке 15 мг/кг/сут на протяжении 12 недель (84 дня).

**Распространенность ГЭРБ в России составляет 13,3–23,6%, а среди пациентов с ишемической болезнью сердца встречается в 30–50% случаев**

При достижении полной эпителизации дефектов СОП пациенты обеих групп переводились на поддерживающую терапию ИПП в дозе 40 мг/сут, а также УДХК в дозе 5 мг/кг/сут. Длительность поддерживающей терапии составляла 8 недель (56 дней).

## РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Все 62 пациента по данным ЭГДС имели признаки эрозивного рефлюкс-эзофагита различной степени тяжести. Эндоскопическая оценка степени эрозивного эзофагита (ЭЭ) проводилась с помощью лос-анджелесской классификации. Результаты представлены в *таблице 1*.

Из *таблицы 1* видно, что степень «А» эрозивного эзофагита диагностирована у 38,2% пациентов ОГ и у 42,9% пациентов КГ. Степень «В» ЭЭ зафиксирована у 41,2% пациентов ОГ и у 39,9% пациентов КГ. В обеих группах практически в равной степени фиксировалась степень «С» ЭЭ (ОГ – 14,7%, КГ – 14,3%), реже встречалась степень «D» ЭЭ – у 5,9% пациентов ОГ и у 3,5% пациентов КГ.

По результатам 24-часовой рН-импедансометрии у пациентов отмечено увеличение количества слабощелочных ( $40,5 \pm 3,9$ ) и слабокислых ( $59,7 \pm 9,6$ ) рефлюктатов, при том что количество «кислых» оставалось на уровне границы нормы ( $49,7 \pm 9,8$ ), не превышая ее, что можно расценить как смешанный характер рефлюктата (*табл. 2*).

**Таблица 1. Распределение пациентов в зависимости от степени тяжести ЭЭ согласно лос-анджелесской классификации (n = 62)**

| Степень ЭЭ | ОГ (n = 34) | КГ (n = 28) |
|------------|-------------|-------------|
| A          | 13 (38,2%)  | 12 (42,9%)  |
| B          | 14 (41,2%)  | 11 (39,3%)  |
| C          | 5 (14,7%)   | 4 (14,3%)   |
| D          | 2 (5,9%)    | 1 (3,5%)    |

**Таблица 2. Результаты 24-часовой рН-импедансометрии (n = 62)**

| Характер рефлюктата                | Кислый рН < 4  | Слабокислый 4 < рН < 7 | Слабощелочной рН > 7 |
|------------------------------------|----------------|------------------------|----------------------|
| Результат исследования (n $\pm$ m) | $49,7 \pm 9,8$ | $59,7 \pm 9,6$         | $40,5 \pm 3,9$       |
| Референсные значения               | До 50          | До 33                  | До 15                |

**Таблица 3. Динамика клинических симптомов на фоне курсовой терапии у пациентов исследуемых групп (n = 62)**

| Симптомы                | Исходно        |                | 28-й день      |                | 56-й день      |                | 84-й день      |                |
|-------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
|                         | ОГ<br>(n = 34) | КГ<br>(n = 28) | ОГ<br>(n = 34) | КГ<br>(n = 28) | ОГ<br>(n = 34) | КГ<br>(n = 28) | ОГ<br>(n = 34) | КГ<br>(n = 28) |
| Изжога                  | 28 (82,3%)     | 21 (75%)       | 23***(67,6%)   | 11 (32,3%)     | 11*(32,3%)     | 4 (14,3%)      | 5**(14,7%)     | 0              |
| Регургитация            | 13 (38,2%)     | 10 (35,7%)     | 10 (29,4%)     | 6 (21,4%)      | 7 (20,6%)      | 4 (14,3%)      | 4 (11,8%)      | 2 (7,1%)       |
| Отрыжка                 | 20 (58,8%)     | 19 (67,8%)     | 18 (52,9%)     | 12 (42,8%)     | 7 (20,6%)      | 6 (21,4%)      | 5** (8,8%)     | 3 (10,7%)      |
| Дисфагия                | 9 (26,4%)      | 5 (17,8%)      | 4 (11,7%)      | 2 (7,1%)       | 1 (2,9%)       | 0              | 0              | 0              |
| Ощущение кислоты во рту | 16 (47%)       | 3 (10,7%)      | 7*** (20,9%)   | 0              | 0*             | 0              | 0**            | 0              |
| Ощущение горечи во рту  | 21 (61,7%)     | 10 (35,7%)     | 10 (29,4%)     | 5 (17,8%)      | 8 (23,5%)      | 3 (10,7%)      | 3** (8,8%)     | 0              |
| Ком в горле             | 3 (8,8%)       | 2 (7,1%)       | 1 (2,9%)       | 0              | 0              | 0              | 0              | 0              |
| Боль за грудиной        | 25(73,5%)      | 12(42,8%)      | 12***(35,3%)   | 3 (10,7%)      | 7*** (20,6%)   | 0              | 3** (8,8%)     | 0              |
| Сердцебиение, перебои   | 25 (73,5%)     | 11 (39,3%)     | 13*** (38,2%)  | 3 (10,7%)      | 5* (14,7%)     | 0              | 2** (5,8%)     | 0              |

\* Различия достоверны при сравнении количества пациентов ОГ на 0-й и 56-й дни курсовой терапии (p < 0,05).

\*\* Различия достоверны при сравнении количества пациентов ОГ на 0-й и 84-й дни курсовой терапии (p < 0,05).

\*\*\* Различия достоверны при сравнении количества пациентов ОГ и КГ на 28-й день курсовой терапии (p < 0,05).

\*\*\*\* Различия достоверны при сравнении количества пациентов ОГ и КГ на 56-й день курсовой терапии (p < 0,05).

## КУРСОВАЯ ТЕРАПИЯ

### Оценка динамики клинической картины

Пациенты обеих групп сопоставимы по предъявляемым жалобам, среди которых наиболее распространенными являлись изжога (ОГ – 82,3%, КГ – 75%), чувство горечи во рту (ОГ – 61,7%, КГ – 35,7%). 73,5% пациентов ОГ предъявляли жалобы на боли за грудиной и перебои в работе сердца, в КГ этот показатель был на уровне 42,8 и 39,3% случаев соответственно (табл. 3).

**К 56-му дню курсовой терапии количество пациентов, испытывающих изжогу, в ОГ группе сократилось до 32,3%, что достоверно ниже показателей к моменту начала терапии (p < 0,05)**

К 28-му дню курсовой терапии количество пациентов в ОГ с жалобами на изжогу снизилось до 67,6%, что достоверно выше, чем у пациентов КГ (p < 0,05), а с жалобами на боли за грудиной и перебоями в работе сердца – до 35,3 и 38,2% соответственно, что также достоверно выше показателей КГ (p < 0,05).

К 56-му дню курсовой терапии количество пациентов, испытывающих изжогу, в ОГ группе сократилось до 32,3%, что достоверно ниже показателей к моменту начала терапии (p < 0,05). Количество пациентов с жалобами на боли за грудиной в ОГ снизилось до 20,6%, но в сравнении с показателями КГ, где эта жалоба отсутствовала, данный показатель достоверно выше (p < 0,05). Среди пациентов обеих групп регрессировали жалобы на ощущение кислоты во рту, чувство комка в горле. Пациентов КГ перестали беспокоить дисфагия, боли за грудиной и перебои в работе сердца.

Завершая курс основной терапии, среди пациентов ОГ изжога регистрировалась достоверно реже (14,7% случаев) по сравнению с исходными данными (p < 0,05). Жалобы на горечь во рту и боли за грудиной у пациентов ОГ достоверно уменьшились (8,8%) в сравнении с исходными показателями (p < 0,05).

### Динамика результатов эндоскопического исследования

До лечения среди двух сопоставимых групп степень «А» ЭЭ зафиксирована у 38,2% пациентов ОГ и 42,9% пациентов КГ. Степень «В» ЭЭ диагностирована в 41,2% случаев в ОГ, в КГ – в 39,3% случаев. Практически в равной степени фиксировались степень «С» ЭЭ (ОГ – 14,7%, КГ – 14,3%). Реже встречалась степень «D» ЭЭ – у 5,8% пациентов ОГ и у 3,5% пациентов КГ (табл. 4).

Из таблицы 4 видно, что по результатам эндоскопического исследования, проведенного на 28-й день терапии, отмечена положительная динамика в обеих группах. В ОГ возросло количество пациентов со степенью А ЭЭ до 52,9%, у 3% пациентов наступила полная эпителизация эрозий СОП. К 56-му дню терапии 35,3% пациентов ОГ вступили в эндоскопическую ремиссию, что достоверно выше в сравнении с показателями на момент лечения, однако достоверно ниже (p < 0,05) в сравнении с показателями КГ (100%). Дальнейшее наблюдение показало, что к 84-му дню терапии все пациенты ОГ и КГ вступили в эндоскопическую ремиссию, что позволило перейти к поддерживающей терапии.

## ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ

### Оценка динамики клинической картины

К поддерживающей терапии приступили все пациенты основной и контрольной групп после достижения

полной эпителизации дефектов СОП. Динамика клинических проявлений представлена в *таблице 5*.

**Среди основных звеньев в патогенезе ГЭРБ стоит отметить несостоятельность НПС, развитию которой способствуют многие факторы, в том числе прием ряда лекарственных препаратов, таких как  $\beta$ -блокаторы, нитраты, антагонисты Са, ацетилсалициловая кислота, назначаемых кардиологическим пациентам**

Из *таблицы 5* видно, что изжога в начале поддерживающей терапии фиксировалась у 14,7% пациентов ОГ и полностью отсутствовала у пациентов КГ, а также не рецидивировала на протяжении всего курса поддерживаю-

щей терапии. В обеих группах такие симптомы, как ощущение кислоты во рту, дисфагия и чувство комка в горле, отсутствовали на протяжении всей поддерживающей терапии. В ОГ количество пациентов с ощущением горечи во рту с 8,8% снизилось до 2,9% к 28-му дню поддерживающей терапии и полностью регрессировало к 56-му дню лечения, в то время как в КГ эта жалоба отсутствовала. Жалобы на боли за грудиной и перебои в работе сердца регрессировали к 28-му дню терапии у пациентов ОГ, рецидивов отмечено не было.

#### Динамика результатов эндоскопического исследования

Курс основной терапии привел к полной эпителизации эрозий СОП. При этом анализ динамики эндоскопической картины не выявил статистически значимых различий в обеих группах. Рецидивов эрозий отмечено не было.

**Таблица 4.** Динамика результатов эндоскопического исследования у пациентов исследуемых групп на фоне курсового лечения (n = 62)

| Степень ЭЭ               | Исходно        |                | 28-й день      |                | 56-й день         |                | 84-й день      |                |
|--------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-------------------|----------------|----------------|----------------|
|                          | ОГ<br>(n = 34) | КГ<br>(n = 28) | ОГ<br>(n = 34) | КГ<br>(n = 28) | ОГ<br>(n = 34)    | КГ<br>(n = 28) | ОГ<br>(n = 34) | КГ<br>(n = 28) |
| Дефектов СОП не выявлено | 0              | 0              | 1<br>(3%)      | 3<br>(10,7%)   | 12****<br>(35,3%) | 28<br>(100%)   | 34**<br>(100%) | 28<br>(100%)   |
| A                        | 13<br>(38,2%)  | 12<br>(42,9%)  | 18<br>(52,9%)  | 19<br>(67,9%)  | 15<br>(44,1%)     | 0              | 0              | 0              |
| B                        | 14<br>(41,2%)  | 11<br>(39,3%)  | 10 (29,4%)     | 4 (14,3%)      | 5<br>(14,7%)      | 0              | 0              | 0              |
| C                        | 5<br>(14,7%)   | 4<br>(14,3%)   | 3<br>(8,8%)    | 1<br>(3,5%)    | 1<br>(2,9%)       | 0              | 0              | 0              |
| D                        | 2<br>(5,9%)    | 1<br>(3,5%)    | 2<br>(5,8%)    | 1<br>(3,5%)    | 1<br>(2,9%)       | 0              | 0              | 0              |

\* Различия достоверны при сравнении количества пациентов ОГ на 0-й и 56-й дни курсовой терапии ( $p < 0,05$ ).

\*\* Различия достоверны при сравнении количества пациентов ОГ на 0-й и 84-й дни курсовой терапии ( $p < 0,05$ ).

\*\*\* Различия достоверны при сравнении количества пациентов ОГ и КГ на 56-й день курсовой терапии ( $p < 0,05$ ).

**Таблица 5.** Динамика клинических симптомов на фоне поддерживающей терапии у пациентов исследуемых групп (n = 62)

| Симптомы                | Исходно        |                | 28-й день      |                | 56-й день      |                |
|-------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
|                         | ОГ<br>(n = 34) | КГ<br>(n = 28) | ОГ<br>(n = 34) | КГ<br>(n = 28) | ОГ<br>(n = 34) | КГ<br>(n = 28) |
| Изжога                  | 5 (14,7%)      | 0              | 0              | 0              | 0              | 0              |
| Регургитация            | 4 (11,8%)      | 2 (7,1%)       | 1 (2,9%)       | 0              | 0              | 0              |
| Отрыжка                 | 5 (8,8%)       | 3 (10,7%)      | 2 (5,8%)       | 0              | 0              | 0              |
| Дисфагия                | 0              | 0              | 0              | 0              | 0              | 0              |
| Ощущение кислоты во рту | 0              | 0              | 0              | 0              | 0              | 0              |
| Ощущение горечи во рту  | 3 (8,8%)       | 0              | 1 (2,9%)       | 0              | 0              | 0              |
| Ком в горле             | 0              | 0              | 0              | 0              | 0              | 0              |
| Боль за грудиной        | 3 (8,8%)       | 0              | 0              | 0              | 0              | 0              |
| Сердцебиение, перебои   | 2 (5,8%)       | 0              | 0              | 0              | 0              | 0              |

## ОБСУЖДЕНИЕ


На сегодняшний день основной причиной развития рефлюкс-эзофагита считают гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР). Среди основных звеньев в патогенезе ГЭРБ стоит отметить несостоятельность НПС, развитию которой способствуют многие факторы, в том числе прием ряда лекарственных препаратов, таких как  $\beta$ -блокаторы, нитраты, антагонисты Са, ацетилсалициловая кислота, назначаемых кардиологическим пациентам. ГЭР, в свою очередь, может провоцировать возникновение стенокардии и нарушения сердечного ритма.

**Комбинация препаратов ИПП (пантопризол) в дозировке 80 мг/сут и УДХК 15 мг/кг/сут эффективна и безопасна в лечении эрозивного рефлюкс-эзофагита, формируемого «смешанным» рефлюктом, у пациентов с ИБС**

Односторонний подход к лечению ГЭРБ у пациентов с ИБС, которая в классическом представлении связана с

забросом кислого содержимого в пищевод, недостаточно эффективен. Использование 24-часовой рН-импедансометрии позволило оценить характер рефлюктата у пациентов с ГЭРБ и ИБС и выявить заброс дуоденального содержимого в пищевод. Таким пациентам целесообразно назначение комбинированной терапии, включающей препараты ИПП и УДХК, которая позволяет эффективно влиять на оба повреждающих агента.

## ВЫВОДЫ

Комбинация препаратов ИПП (пантопризол) в дозировке 80 мг/сут и УДХК 15 мг/кг/сут эффективна и безопасна в лечении эрозивного рефлюкс-эзофагита, формируемого «смешанным» рефлюктом, у пациентов с ИБС. К 84-му дню курсового лечения у 100% пациентов наступила полная эпителизация дефектов СОП. Для поддерживающей терапии сроком не менее 2 месяцев эффективны ИПП (пантопризол) в суточной дозе 40 мг и УДХК 5 мг/кг/сут. 

*Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов в ходе написания данной статьи.*

## ЛИТЕРАТУРА

1. Пахомова И.Г., Зиновьева Е.Н. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у полиморбидного пациента: особенности терапии. *РМЖ*, 2017, 10: 760-764. /Pakhomova IG, Zinovieva EN. Gastroesophageal reflux disease in a polymorbid patient: features of therapy. *RMJ*, 2017, 10: 760-764.
2. Алексеева О.П., Долбин И.В., Пикулев Д.В. Сочетанное течение ишемической болезни сердца и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. *Нижегородский медицинский журнал*, 2006, 7: 7-13. /Alekseeva OP, Dolbin IV, Pikulev DV. Combined course of coronary artery disease and gastroesophageal reflux disease. *Nizhegorodskiy Meditsinskiy Zhurnal*, 2006, 7: 7-13.
3. Шилов А.М., Мельник М.В., Осия А.О. Ишемическая болезнь сердца и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь в практике врача первичного звена. *Лечащий врач*, 2010, 7: 86-88. /Shilov AM, Melnik MV, Osiya AO. Coronary artery disease and gastroesophageal reflux disease in primary care practice. *Lechashchy Vrach*, 2010, 7: 86-88.
4. Liu Y, He S, Chen Y, Xu J, Tang C, Tang Y, Luo G. Acid reflux in patients with coronary artery disease and refractory chest pain. *Intern Med*, 2013, 52(11): 1165-71.
5. Pulkowski G, Majer M, Budzyński J, Swiatkowski M. Gastroesophageal reflux disease and coronary heart disease-coexistence or interrelationship? *Pol Merkur Lekarski*, 2006, 2, 115: 104-8.
6. Беленков Ю.Н., Привалова Е.В., Юсупова А.О., Кожевникова М.В. Ишемическая болезнь сердца и рефлюкс-эзофагит: сложности дифференциального диагноза и лечения больных. *РГГК*, 2011, 3, XXI: 4-12. /Belenkov YuN, Privalova EV, Yusupova AO, Kozhevnikova MV. Coronary artery disease and reflux-esophagitis: complexity of differential diagnosis and treatment of patients. *RGK*, 2011, 3, XXI: 4-12.
7. Лазебник Л.Б., Машарова А.А., Бордин Д.С. и др. Результаты многоцентрового исследования «Эпидемиология гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в России» («МЭГРЕ»). *Терапевт. арх.*, 2011, 1: 45-50. /Lazebnik LB, Masharova AA, Bordin DS, et al. Results of the Multicentre Gastroesophageal Reflux Disease Epidemiology in Russia (MEGRE) study. *Terapevt. Arkh.* 2011, 1: 45-50.
8. Юренив Г.Л., Казюлин А.Н., Юренива-Тхоржевская Т.В. Влияние кислотосупрессивной терапии на клиническое течение ишемической болезни сердца с рефрактерным болевым синдромом в грудной клетке. *Терапия*, 2015, 2(2): 1-8. /Yurenev GL, Kazulin AN, Yureneva-Tkhorzhevskaya TV. The effect of acid-suppressive therapy on the clinical course of coronary artery disease with refractory pain in the chest. *Terapiya*, 2015, 2 (2): 1-8.
9. Bortolotti M, Labriola E, Bacchelli S, Degli Espositi D, Sarti P, Brunelli F et al. «Oesophageal angina» in patients with angina pectoris: a possible side effect of chronic therapy with nitroderivates and Ca-antagonists. *Ital J Gastroenterol*, 1992, 24(7): 405-8.
10. Минушкин О.Н., Масловский Л.В., Шулешова А.Г., Назаров Н.С. Некоторые подходы к лечению больных с рефлюкс-эзофагитом, перенесших резекцию желудка. *Кремлевская медицина. Клинический вестник*, 2014, 4: 18-24. /Minushkin ON, Maslovsky LV, Shuleshova AG, Nazarov NS. Some approaches to treatment of patients with reflux-esophagitis who underwent gastrectomy. *Kremlin medicine. Klinicheskii Vestnik*, 2014, 4: 18-24.
11. Долженко М.Н., Базилевич А.Я. Новые аспекты применения УДХК: взгляд кардиолога. *Медицина газета «Здоров'я України 21 сторіччя»*, 2017, 19: 416. /Dolzenko MN, Bazilevich AY. New aspects of UDCA administration: the cardiologist view. *Medichna Gazeta Zdravya Ukraini 21 Storichchya*, 2017, 19: 416.

## СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

**Минушкин Олег Николаевич** – д.м.н., профессор, завкафедрой гастроэнтерологии ФГБУ ДПО «ЦГМА» УДП РФ, Москва

**Шулешова Алла Григорьевна** – д.м.н., профессор кафедры хирургии с курсами эндоскопии и детской хирургии, ФГБУ ДПО «ЦГМА» УДП РФ, Москва, зав. эндоскопическим отделением ФГБУ НИИЦ Кардиологии Минздрава России

**Бондарева Кристина Александровна** – аспирант кафедры хирургии с курсами эндоскопии и детской хирургии, ФГБУ ДПО «ЦГМА» УДП РФ; врач-эндоскопист ФГБУ «Поликлиника №2» УДП РФ, Москва

**Данилов Дмитрий Вячеславович** – к.м.н., ассистент кафедры хирургии с курсами эндоскопии и детской хирургии, ФГБУ ДПО «ЦГМА» УДП РФ, Москва