



*Деева Е.С.¹, Исайкина М.А.¹, Трушина О.Ю.¹, Фомин В.В.¹,
Погонин А.В.², Тамкаева М.К.²

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ НА ФОНЕ ПРИЁМА ДВОЙНОЙ АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТА С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

¹ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Ул. Большая Пироговская, д. 6, стр. 1, г. Москва 119435, Российская Федерация;
²ГБУЗ «Городская клиническая больница им. М.П. Кончаловского ДЗ г. Москвы», Каштановая аллея, д. 2, стр. 1, г. Москва, Зеленоград 124489, Российская Федерация

*Автор, ответственный за переписку: Деева Екатерина Сергеевна, врач-кардиолог, аспирант кафедры факультетской терапии №1, Институт клинической медицины им. Н.В. Склифосовского, ФГАОУ Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет) Минздрава России, ул. Большая Пироговская, д. 6, стр. 1, г. Москва 119435, Российская Федерация, e-mail: katydeeva@yandex.ru, ORCID: 0000-0001-6761-1744

Исайкина Мария Алексеевна, к.м.н., доцент кафедры факультетской терапии №1, Институт клинической медицины им. Н.В. Склифосовского, ФГАОУ Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет) Минздрава России, ул. Большая Пироговская, д. 6, стр. 1, г. Москва 119435, Российская Федерация, ORCID: 0000-0001-6440-8636

Трушина Ольга Юрьевна, д.м.н., профессор кафедры факультетской терапии №1, Институт клинической медицины им. Н.В. Склифосовского, ФГАОУ Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет) Минздрава России, ул. Большая Пироговская, д. 6, стр. 1, г. Москва 119435, Российская Федерация, ORCID: 0000-0002-5820-1759

Фомин Виктор Викторович, чл.-корр. РАН, д.м.н., проф., проректор по инновационной и клинической деятельности, заведующий кафедрой факультетской терапии №1, Институт клинической медицины им. Н.В. Склифосовского, ФГАОУ Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет) Минздрава России, ул. Большая Пироговская, д. 6, стр. 1, г. Москва 119435, Российская Федерация, ORCID: 0000-0002-2682-4417

Погонин Алексей Владимирович, к.м.н., главный врач, ГБУЗ «Городская клиническая больница им. М.П. Кончаловского ДЗ г. Москвы», Каштановая аллея, д. 2, стр. 1, г. Москва, Зеленоград 124489, Российская Федерация, ORCID: 0009-0003-3344-8725

Тамкаева Макка Казбековна, к.м.н., заместитель главного врача по медицинской части, ГБУЗ «Городская клиническая больница им. М.П. Кончаловского ДЗ г. Москвы», Каштановая аллея, д. 2, стр. 1, г. Москва, Зеленоград 124489, Российская Федерация, ORCID: 0009-0005-8333-5854

РЕЗЮМЕ

Сердечно-сосудистые заболевания по-прежнему являются основной причиной смерти, как в развитых, так и в развивающихся странах. Ацетилсалициловая кислота в малых дозах используется во всем мире для первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых событий на долгосрочной основе с целью снижения смертности и летальности. В то же время, частота гастроудоденальных кровотечений, связанных с приемом ацетилсалициловой кислоты, неуклонно растет. Приведенный клинический случай иллюстрирует развитие желудочно-кишечного кровотечения на фоне приема двойной антиагрегантной терапии у пациента с ишемической болезнью сердца с отягощенным язвенным анамнезом. Пациент, 65 лет, с отягощенным коронарным анамнезом был планово госпитализирован в кардиологическое отделение. При поступлении в стационар, учитывая нарастающие жалобы на давящие боли за грудиной, у пациента был исключен острый коронарный синдром, выполнена эзофагогастродуоденоскопия, по результатам которой выявлена каллезная язва субкардии. В тот же день отмечалась отрицательная динамика по клиническим проявлениям в виде синкопального состояния,

гипотонии до 70/50 мм рт. ст., появления рвоты «кофейной гущей». По данным повторной экстренной эзофагогастродуоденоскопии выявлен поверхностный язвенный дефект в области субкардии с кровоточащим сосудом в дне и проведен комбинированный эндоскопический гемостаз. При дальнейшем обследовании пациента была выявлена инфицированность *Helicobacter pylori*, что в совокупности с другими факторами риска повлияло на возникновение данного осложнения. Была назначена противоязвенная эрадикационная терапия первой линии. На фоне проводимого комплексного лечения в дальнейшем субъективно своё состояние пациент оценивал как удовлетворительное, был выписан с рекомендациями на амбулаторное лечение. Цель данного клинического случая – подчеркнуть важность своевременного выявления и лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта у пациентов высокого риска. Это может позволить в дальнейшем проводить своевременную профилактику развития кровотечений у пациентов с ишемической болезнью сердца высокого риска с учетом персонализированного подхода.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, ишемическая болезнь сердца, желудочно-кишечное кровотечение, язвенная болезнь желудка, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, *Helicobacter pylori*, чрескожное коронарное вмешательство, факторы риска, прогноз, терапия, клинический случай

Конфликт интересов. Автор статьи Трушина О.Ю. является членом редакционного совета журнала «Евразийский Кардиологический Журнал», но не имеет никакого отношения к решению опубликовать эту статью. Статья прошла принятую в журнале процедуру рецензирования. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов или личных отношений, связанных с публикацией настоящей статьи.

Информация и соблюдение этических норм. Пациентом дано информированное согласие на публикацию.

Финансирование статьи. Не осуществлялось.

Вклад авторов. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства согласно международным критериям ICMJE. Авторский вклад (по системе Credit): Деева Е.С. – создание черновика рукописи, непосредственно рукописи и ее редактирование; Исайкина М.А., Трушина О.Ю. – создание черновика рукописи, редакционные правки; Фомин В.В. – создание черновика рукописи, ресурсы; Погонин А.В., Тамкаева М.К. – ресурсы.

✉ KATYDEEVA@YANDEX.RU

Для цитирования: Деева Е.С., Исайкина М.А., Трушина О.Ю., Фомин В.В., Погонин А.В., Тамкаева М.К. Клинический случай желудочно-кишечного кровотечения на фоне приема двойной антиагрегантной терапии у пациента с ишемической болезнью сердца. Евразийский кардиологический журнал. 2024;(4):98-103. <https://doi.org/10.38109/2225-1685-2024-4-98-103>

Рукопись получена: 03.10.2024 | Рецензия получена: 24.10.2024 | Принята к публикации: 25.10.2024

© Деева Е.С., Исайкина М.А., Трушина О.Ю., Фомин В.В., Погонин А.В., Тамкаева М.К., 2024

Данная статья распространяется на условиях «открытого доступа», в соответствии с лицензией CC BY-NC-SA 4.0 («Attribution-NonCommercial-ShareAlike») / «Атрибуция-Некоммерчески-СохранениеУсловий» 4.0), которая разрешает неограниченное некоммерческое использование, распространение и воспроизведение на любом носителе при условии указания автора и источника. Чтобы ознакомиться с полными условиями данной лицензии на русском языке, посетите сайт: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.ru>



*Ekaterina S. Deeva¹, Maria A. Isaikina¹, Olga Iu. Trushina¹, Victor V. Fomin¹,
Alexey V. Pogonin², Makka K. Tamkaeva²

A CASE REPORT OF GASTROINTESTINAL BLEEDING DURING DUAL ANTIPLATELET THERAPY IN A PATIENT WITH CORONARY HEART DISEASE

¹I.M. SECHENOV FIRST MOSCOW STATE MEDICAL UNIVERSITY (SECHENOV UNIVERSITY),
6/1 BOL. PIROGOVSKAYA ST., MOSCOW 119435, RUSSIAN FEDERATION;

²STATE BUDGETARY INSTITUTION KONCHALOVSKY CITY CLINICAL HOSPITAL OF MOSCOW CITY HEALTH DEPARTMENT
(KONCHALOVSKY CLINIC), 2/1 KASHTANOVAYA ALLEYA, MOSCOW, ZELENOGRAD 124489, RUSSIAN FEDERATION

*Corresponding author: Ekaterina S. Deeva, cardiologist, Chair of Faculty Therapy #1, N.V. Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), 6/1 Bol. Pirogovskaya st., Moscow 119435, Russian Federation, e-mail: katydeeva@yandex.ru, ORCID: 0000-0001-6761-1744

Maria A. Isaikina, Cand. Of Sci. (Med.), assistant professor, the Department of Faculty Therapy#1, N.V. Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), 6/1 Bol. Pirogovskaya st., Moscow 119435, Russian Federation, ORCID: 0000-0001-6440-8636

Olga Iu. Trushina, Dr. Of Sci. (Med.), Prof., Chair of Faculty Therapy #1, N.V. Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), 6/1 Bol. Pirogovskaya st., Moscow 119435, Russian Federation, ORCID: 0000-0002-5820-1759

Victor V. Fomin, Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Dr. of Sci. (Med.), Prof., Pro-Rector for Innovation and Clinical Activity, Head of the Department of Faculty Therapy #1, N.V. Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), 6/1 Bol. Pirogovskaya st., Moscow 119435, Russian Federation, ORCID: 0000-0002-2682-4417

Alexey V. Pogonin, Cand. Of Sci. (Med.), chief physician, State Budgetary Institution Konchalovsky City Clinical Hospital of Moscow City Health Department (Konchalovsky Clinic), 2/1 Kashtanovaya alleya, Moscow, Zelenograd 124489, Russian Federation, ORCID: 0009-0003-3344-8725

Makka K. Tamkaeva, Cand. Of Sci. (Med.), deputy chief physician for medicine, State Budgetary Institution Konchalovsky City Clinical Hospital of Moscow City Health Department (Konchalovsky Clinic), 2/1 Kashtanovaya alleya, Moscow, Zelenograd 124489, Russian Federation, ORCID: 0009-0005-8333-5854

SUMMARY

Cardiovascular disease continues to be the leading cause of death in both developed and developing countries. Low-dose acetylsalicylic acid is used worldwide for primary and secondary prevention of cardiovascular events on a long-term basis to reduce mortality and lethality. At the same time, the incidence of gastrointestinal bleeding associated with acetylsalicylic acid intake is steadily increasing. The presented case report illustrates the development of gastrointestinal bleeding against the background of dual antiplatelet therapy in a patient with coronary heart disease with a history of ulcers. A 65-year-old patient with an aggravated coronary history was routinely hospitalized in the cardiology department. On admission to the hospital, taking into account the increasing complaints of crushing pain behind the sternum, acute coronary syndrome was excluded in the patient, esophagogastroduodenoscopy was performed, which revealed a subcardia callous ulcer. On the same day, there was a negative trend in clinical manifestations

in the form of syncope, hypotension up to 70/50 mmHg, vomiting «coffee grounds». According to the data of repeated emergency esophagogastroduodenoscopy a superficial ulcerous defect in the subcardia area with bleeding vessel in the bottom was revealed and combined endoscopic hemostasis was performed. Further examination of the patient revealed Helicobacter pylori infection, which in combination with other risk factors influenced the occurrence of this complication. First-line anti-ulcer eradication therapy was prescribed. The patient subjectively evaluated his condition as satisfactory and was discharged with recommendations for outpatient treatment. The purpose of this case report is to emphasize the importance of timely detection and treatment of gastrointestinal diseases in high-risk patients. This may allow for timely prevention of bleeding in patients with high-risk coronary heart disease in the future, taking into account a personalized approach.

Keywords: acute coronary syndrome, ischemic heart disease, gastrointestinal bleeding, gastric ulcer, duodenal ulcer, Helicobacter pylori, percutaneous coronary intervention, risk factors, prognosis, therapy, case report

Conflict of interest. Olga Iu. Trushina is a member of the editorial board of Eurasian heart journal, but had nothing to do with the decision to publish this article. The article passed the peer review procedure adopted in the journal. The authors declare no apparent and potential conflicts of interest or personal relationships related to the publication of this article.

Information about ethics. The patient gave written informed consent for publication.

Funding for the article. None.

Authors' contributions. All authors confirm the compliance of their authorship according to the international ICMJE criteria. CRediT author statement: Ekaterina S. Deeva – writing – original draft, review & editing; Maria A. Isaikina, Olga Iu. Trushina – writing – original draft, editorial change; Victor V. Fomin – writing – original draft, resources; Alexey V. Pogonin, Makka K. Tamkaeva – resources.

✉ KATYDEEVA@YANDEX.RU

For citation: Ekaterina S. Deeva, Maria A. Isaikina, Olga Iu. Trushina, Victor V. Fomin, Alexey V. Pogonin, Makka K. Tamkaeva. A case report of gastrointestinal bleeding during dual antiplatelet therapy in a patient with coronary heart disease. Eurasian heart journal. 2024;(4):98-103 (In Russ.). <https://doi.org/10.38109/2225-1685-2024-4-98-103>

Received: 03.10.2024 | **Revision Received:** 24.10.2024 | **Accepted:** 25.10.2024

© Ekaterina S. Deeva, Maria A. Isaikina, Olga Iu. Trushina, Victor V. Fomin, Alexey V. Pogonin, Makka K. Tamkaeva, 2024

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0) License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

ВВЕДЕНИЕ

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) по-прежнему остается ведущей глобальной причиной смерти, ежегодная смертность среди населения Российской Федерации, несмотря на проводимые лечебно-профилактические мероприятия, составляет 27% [1]. В свою очередь, ацетилсалициловая кислота является одним из самых используемых и назначаемых кардиологами нестероидных противовоспалительных средств (НПВП) у пациентов для первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. По имеющимся данным, среди лиц старшего возраста потребление НПВП, включая низкие дозы ацетилсалициловой кислоты, достигает 24,7% [2]. Однако, невзирая на высокую эффективность, прием даже низких доз ацетилсалициловой кислоты сопряжен с риском возникновения эрозивно-язвенных изменений слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта [3]. Помимо этого, не стоит забывать о том, что инфицирование *Helicobacter pylori* считается фактором риска развития язвенных кровотечений у людей, принимающих антиагреганты. Так, одно из исследований показало, что эрадикация *Helicobacter pylori* ассоциировалась со значительным снижением риска госпитализации по поводу язвенного кровотечения, связанного с приемом ацетилсалициловой кислоты [4]. В этой связи вопрос о совершенствовании подходов к лечению пациентов, находящихся на терапии антиагрегантами, представляется по-прежнему весьма актуальным.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациент, 65 лет, был госпитализирован в кардиологическое отделение в сентябре 2023 года для планового обследования и лечения в связи с нарастающей в течение месяца слабостью, периодическими жгучими болями за грудиной без четкой связи с физической нагрузкой, продолжительностью до получаса, купирующиеся самостоятельно. Коронарный анамнез с 2023

года, когда перенес острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST, проводилась транслюминальная баллонная ангиопластика и стентирование АТК (рис. 1а, 1б), также в анамнезе перенесенный ОНМК по ишемическому типу неизвестной давности, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

Постоянно принимает гипотензивную (валсартан 80 мг + амлодипин 5 мг), двойную антиагрегантную терапию (ацетилсалициловая кислота 100 мг + клопидогрел 75 мг). При обследовании по данным ЭХОКГ: глобальная сократимость левого желудочка не нарушена (ФВ 65%), отмечается гипокинез боковой стенки левого желудочка, гемодинамически незначимые клапанные регургитации, гипертрофия базальной части межжелудочковой перегородки, признаков легочной гипертензии нет, диастолическая дисфункция левого желудочка 1 степени.

С первых суток пребывания в стационаре пациент отметил появление интенсивных давящих болей за грудиной, продолжительностью более 20 минут, что в сочетании с изменениями на ЭКГ (депрессии в отведениях V5, V6, отрицательные Т в I, avL), было расценено, как проявление острого коронарного синдрома (ОКС), был переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии, где через сутки, в связи с отсутствием динамики на ЭКГ и отсутствием повышения уровня тропонина I крови, диагноз ОКС был исключен, пациент был переведен в кардиологическое отделение.

Спустя трое суток пациента стали беспокоить боли в эпигастральной области с неоднократным вызовом в палату лечащего врача, на ЭКГ без отрицательной динамики, также не было динамики уровня маркеров некроза миокарда, что позволило повторно исключить диагноз острого коронарного синдрома.

Проведено дальнейшее обследование: в связи с анамнезом язвенной болезни, приемом двойной антиагрегантной терапии, выполнена эзофагогастродуоденоскопия, по результатам которой выявлена каллезная язва антрального отдела желудка, острый

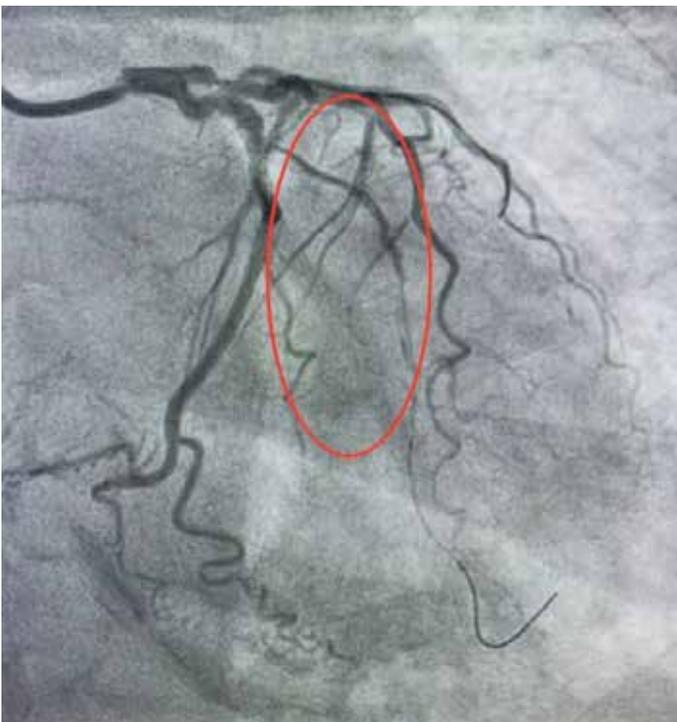


Рисунок 1а. Селективная коронарография левой коронарной артерии (красным кругом обозначена артерия тупого края) [выполнено авторами]

Figure 1a. Selective coronarography of the left coronary artery (red circle indicates blunt-edge artery) [performed by the authors]



Рисунок 1б. Транслюминальная баллонная ангиопластика и стентирование артерии тупого края [выполнено авторами]

Figure 1b. Transluminal balloon angioplasty and stenting of a blunt-edge artery [performed by the authors]

эрозивно-геморрагический гастрит, эрозивный эзофагит, эндоскопические признаки хиатальной грыжи. Назначена гастропротективная терапия омепразолом внутривенно (80 мг в сутки).

В тот же день у пациента развилось синкопальное состояние с выраженной гипотонией (АД до 70/50 мм рт. ст., ЧСС 60 уд/мин), жалобы на тошноту, переведен в палату реанимации и интенсивной терапии.

В отделении кардиореанимации по данным осмотра у пациента выявлена клиническая картина желудочно-кишечного кровотечения с рвотой по типу «кофейной гущи», установлен назогастральный зонд, проводилось промывание желудка до получения без видимых чистых вод. Было принято решение о проведении ЭГДС под внутривенной седацией, по данным которого выявлена язва в области субкардии, округлой формы, диаметром 0,6 см, с незначительной инфильтрацией краев, с дном, покрытым налетом фибрина, в дне которого визуализировался сосуд, диаметром 0,1 см, из которого отмечалось поступление крови (Forrest 1b) (рис. 2а). Выполнена инъекция дна дефекта 1% водным раствором неполной серебряной соли полиакриловой кислоты, с интегрированными наночастицами серебра, объемом 0,6 см, затем выполнена аргонплазменная коагуляция (АПК), после чего образовался плотный посткоагуляционный струп, при контрольном осмотре кровотечения нет (рис. 2б).

При цитологическом исследовании слизистой оболочки желудка обнаружен *H. Pylori* в большом количестве (+++). Учитывая наличие НР-основного этиологического фактора развития осложненной язвенной болезни, согласно протоколу Маастрихт VI начата эрадикационная терапия 1-линией, включающей в себя: омепразол внутривенно 80 мг/сут, амоксициллин 2000 мг/сут, кларитромицин 1000 мг/сут. На фоне случившегося кровотечения у пациента диагностирована постгеморрагическая анемия (по данным ОАК при поступлении от 28.09.2023 г. гемоглобин 124 г/л, от 04.10.2023 г. гемоглобин 96 г/л), проведено парентеральное введение препаратов железа (железа карбоксимальтозат 500 мг однократно). В контрольных анализах крови отмечено повышение уровня гемоглобина до 105 г/л (от 12.10.2023 г.).

На фоне проводимой терапии состояние пациента с положительной динамикой, уменьшились боли в эпигастральной области, субъективно своё состояние пациент оценивал как удовлетворительное. В удовлетворительном состоянии пациент был

выписан под наблюдение кардиолога, гастроэнтеролога, терапевта по месту жительства.

ОБСУЖДЕНИЕ

Данный клинический случай представляет значительный интерес для кардиологов, гастроэнтерологов и терапевтов с точки зрения высокой распространенности патологии желудочно-кишечного тракта у пациентов, принимающих антиагрегантную терапию. Клиническая картина развившегося кровотечения из язвы желудка у представленного пациента имитировала абдоминальную форму инфаркта миокарда, и тяжесть данного состояния подчеркивает необходимость своевременной дифференциальной диагностики острого инфаркта миокарда и острой хирургической патологии.

Частота желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) у пациентов, находящихся на двойной антиагрегантной терапии (ДААТ), составляет около 2-3% в год [5, 6, 7]. В одном из ретроспективных анализов выявили связь между риском возникновения ЖКК на фоне приема ДААТ и возрастом пациентов. Так, этот риск спустя 1 год у пациентов старше 65 лет составляет 10-11%, а у пациентов старше 75 лет этот показатель вырастает до 17% [8]. Эти данные в очередной раз доказывают, что суммация факторов риска напрямую влияет на риск развития эрозивно-язвенных повреждений и желудочно-кишечных кровотечений.

Тактика ведения данной категории пациентов также требует четкой оптимизации. Современные рекомендации предполагают, что пациенты с кровотечением из верхних отделов ЖКТ проходят эндоскопию в течение 24 часов и если прием ацетилсалициловой кислоты прекращен, рекомендуется возобновить его в течение 24 часов после успешного эндоскопического гемостаза [9].

Помимо пожилого возраста, язвенного анамнеза, приема ДААТ, у пациента из представленного клинического случая имеется еще один немаловажный фактор риска развития осложненного ЖКТ – инфицированность *Helicobacter pylori*. Известно, что *H. pylori* и сопутствующий прием НПВП (включая ацетилсалициловую кислоту) повышает риск развития язвенного кровотечения в 4 раза [10]. Рекомендуется проводить тестирование на *H. pylori* всем лицам с язвенной болезнью в анамнезе и в стадии обострения [11]. Таким образом, своевременная эрадикация *H. pylori* является стандартом в настоящее время для профилактики язвенной болезни и осложнений в виде ЖКК.

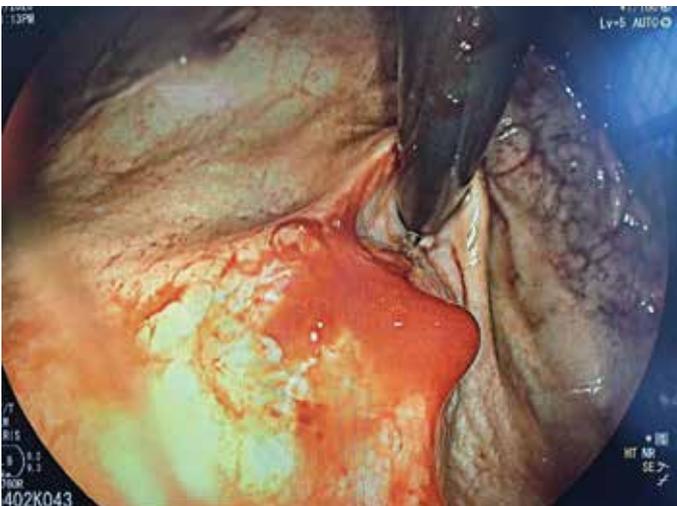


Рисунок 2а. Язва субкардии Forrest 1b [выполнено авторами]
Figure 2a. Forrest 1b subcardiac ulcer [performed by the authors]



Рисунок 2б. Состояние после комбинированного эндоскопического гемостаза [выполнено авторами]
Figure 2b. Post combined endoscopic hemostasis status [performed by the authors]

В свете развившейся постгеморрагической анемии у пациента, следует обратить внимание на проблему отдаленных исходов после ЖКК. Интересно одно крупное ретроспективное наблюдательное общенациональное когортное исследование, включавшее в себя 444 475 пациентов. Среди пациентов после ЖКК, в течение 6 месяцев инфаркт миокарда произошел примерно у 3% пациентов, и преимущественно это был инфаркт миокарда 2-го типа ($\approx 60\%$) [12].

Согласно отечественной шкале РЕГАТА, у пациента при поступлении в стационар риск кровотечения BARC 2-5 из верхних отделов желудочно-кишечного тракта составлял 11 баллов (высокий), что доказывает точность и прогностическую значимость данной шкалы.

Прогностическая же шкала Glasgow-Blatchford риска развития рецидива кровотечения показала 11 баллов – высокий риск. Однако в течение последующего года наблюдения на фоне проводимой терапии пациент не отмечал рецидивирования болевого синдрома, признаков ЖКК, стационарное лечение по другим причинам также не проводилось.

Тактика дальнейшего ведения данной группы пациентов подразумевает использование ингибиторов протонной помпы на всем протяжении ДААТ. Метаанализ 2018 года, в котором приняли участие четыре рандомизированных контролируемых испытания (РКИ) и 33 492 человека, показал, что добавление ингибитора протонной помпы к двойной антитромбоцитарной терапии снижает риск желудочно-кишечного кровотечения на 42% [13], что, безусловно, укрепляет позицию гастропротективной терапии в перечне необходимых препаратов для лечения коморбидных пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пациенты должны быть осведомлены о побочных эффектах приема ДААТ со стороны желудочно-кишечного тракта, и помимо профилактической гастропротективной терапии, своевременно обследованы на предмет наличия у них инфицированности *Helicobacter pylori* для ранней эрадикации и снижения риска желудочно-кишечных осложнений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ/REFERENCES:

1. Ежов М.В., Кухарчук В.В., Сергиенко И.В., Алиева А.С., Анциферов М.Б., Аншелес А.А., Арабидзе Г.Г., Аронов Д.М., Арутюнов Г.П., Ахмеджанов Н.М., Балахоннова Т.В., Барбараш О.Л., Бойцов С.А., Бубнова М.Г., Воевода М.И., Галстян Г.Р., Галаявич А.С., Горнякова Н.Б., Гуревич В.С., Дедов И.И., Драпкина О.М., Дупляков Д.В., Ерегин С.Я., Ершова А.И., Иртыуга О.Б., Карпов С.Р., Карпов Ю.А., Качковский М.А., Кобалава Ж.Д., Козиолова Н.А., Коновалов Г.А., Константинов В.О., Космачева Е.Д., Котовская Ю.В., Мартынов А.И., Мешков А.Н., Небиеридзе Д.В., Недогода С.В., Обрезан А.Г., Олейников В.Э., Покровский С.Н., Рагино Ю.И., Ротарь О.П., Скибицкий В.В., Смоленская О.Г., Соколов А.А., Сумароков А.Б., Филиппов А.Е., Халимов Ю.Ш., Чазова И.Е., Шапошник И.И., Шестакова М.В., Якушин С.С., Шляхто Е.В. Нарушения липидного обмена. Клинические рекомендации 2023. Российский кардиологический журнал. 2023;28(5):5471. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2023-5471>
[Ezhov M.V., Kukharchuk V.V., Sergienko I.V., Alieva A.S., Antsiferov M.B., Ansheles A.A., Arabidze G.G., Aronov D.M., Arutyunov G.P., Akhmedzhanov N.M., Balakhonova T.V., Barbarash O.L., Boytsov S.A., Bubnova M.G., Voevoda M.I., Galstyan G.R., Galyavich A.S., Gornyakova N.B., Gurevich V.S., Dedov I.I., Drapkina O.M., Duplyakov D.V., Eregin S.Ya., Ershova A.I., Irtyuga O.B., Karpov R.S., Karpov Yu.A., Kachkovsky M.A., Kobalava Zh.D., Koziołova N.A., Konovalov G.A., Konstantinov V.O., Kosmacheva E.D., Kotovskaya Yu.V., Martynov A.I., Meshkov A.N., Nebieridze D.V., Nedogoda S.V., Obrezan A.G., Oleinikov V.E., Pokrovsky S.N., Ragino Yu.I., Rotar O.P., Skibitsky V.V., Smolenskaya O.G., Sokolov A.A., Sumarokov A.B., Filippov E., Halimov Yu.Sh.,

- Chazova I.E., Shaposhnik I.I., Shestakova M.V., Yakushin S.S., Shlyakhto E.V. Disorders of lipid metabolism. *Clinical Guidelines 2023. Russian Journal of Cardiology*. 2023;28(5):5471. (In Russ.). <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2023-5471>
2. Осадчук МА, Осадчук АМ. Эрозивно-язвенные поражения пищеварительного тракта: оптимизация диагностики и тактики ведения. *Терапевтический архив* 2022;94(2):271-276. <https://doi.org/10.26442/00403660.2022.02.201376>
[Osadchuk M A., Osadchuk A. M. Erosive and ulcerative lesions of the digestive tract: optimization of diagnosis and management tactics. *Terapevticheskiy Arkhiv (Ter.Arkh.)*. 2022;94(2):271–276. (In Russ.). <https://doi.org/10.26442/00403660.2022.02.201376>]
3. Yeomans N.D., Lanas A.J., Talley N.J., Thomson A.B., Daneshjoo R., Eriksson B., Appelman-Eszczuk S., Långström G., Naesdal J., Serrano P., et al. Prevalence and incidence of gastroduodenal ulcers during treatment with vascular protective doses of aspirin. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 2005;22:795–801. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2036.2005.02649.x>
4. Hawkey C, Avery A, Coupland CAC, Crooks C, Dumbleton J, Hobbs FDR, Kendrick D, Moore M, Morris C, Rubin G, Smith M, Stevenson D; HEAT Trialists. *Helicobacter pylori* eradication for primary prevention of peptic ulcer bleeding in older patients prescribed aspirin in primary care (HEAT): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet*. 2022 Nov 5;400(10363):1597–1606. PMID: 36335970. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01843-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01843-8)
5. Sehested TSG, Carlson N, Hansen PW, Gerds TA, Charlott MG, Torp-Pedersen C, Køber L, Gislason GH, Hlatky MA, Fosbøl EL. Reduced risk of gastrointestinal bleeding associated with proton pump inhibitor therapy in patients treated with dual antiplatelet therapy after myocardial infarction. *European Heart Journal*. 2019 Jun 21;40(24):1963-1970. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz104>
6. Khan MY, Siddiqui WJ, Alvarez C, Aggarwal S, Hasni SF, Ahmad A, Eisen H. Reduction in postpercutaneous coronary intervention angina in addition to gastrointestinal events in patients on combined proton pump inhibitors and dual antiplatelet therapy: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2018 Aug;30(8):847-853. <https://doi.org/10.1097/meg.0000000000001125>
7. Исайкина МА, Исайкин АИ, Ахмеджанова ЛТ. Эффективность и безопасность применения ацеклофенака при скелетно-мышечных заболеваниях. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2023;15(2):114-119. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2023-2-114-119>
[Isaikina MA, Isaikin AI, Akhmedzhanova LT. Efficacy and safety of aceclofenac in musculoskeletal diseases. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2023;15(2):114-119. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2023-2-114-119>]
8. Abraham NS, Noseworthy PA, Inselman J, Herrin J, Yao X, Sangaralingham LR, Cornish G, Ngufer C, Shah ND. Risk of Gastrointestinal Bleeding Increases With Combinations of Antithrombotic Agents and Patient Age. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2020 Feb;18(2):337-346.e19. Epub 2019 May 18. PMID: 31108228; PMCID: PMC7386161. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2019.05.017>
9. Neena S Abraham, Alan N Barkun, Bryan G Sauer, James Douketis, Loren Laine, Peter A Noseworthy, Jennifer J Telford, Grigorios I Leontiadis, American College of Gastroenterology-Canadian Association of Gastroenterology Clinical Practice Guideline: Management of Anticoagulants and Antiplatelets During Acute Gastrointestinal Bleeding and the Periendoscopic Period. *Journal of the Canadian Association of Gastroenterology*. April 2022;5(2):100–101. <https://doi.org/10.1093/jcag/gwac010>
10. Venerito M, Schneider C, Costanzo R, Breja R, Rohl F-W, Malfertheiner P. Contribution of *Helicobacter pylori* infection to the risk of peptic ulcer bleeding in patients on nonsteroidal anti-inflammatory drugs, antiplatelet agents, anticoagulants, corticosteroids and selective serotonin reuptake inhibitors. *Aliment Pharmacol Ther*. 2018;47:1464–1471. <https://doi.org/10.1111/apt.14652>
11. Malfertheiner P, Megraud F, Rokkas T, Gisbert JP, Liou JM, Schulz C, Gasbarrini A, Hunt RH, Leja M, O'Morain C, Rugge M, Suerbaum S, Tilg H, Sugano K, El-Omar EM; European *Helicobacter* and

- Microbiota Study group. Management of Helicobacter pylori infection: the Maastricht VI/Florence consensus report. Gut. 2022 Aug 8;gutjnl-2022-327745. Epub ahead of print. PMID: 35944925. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2022-327745>*
12. Pemmasani G, Ashwath A, Aronow WS, Yandrapalli S, Leighton J, John S. Six-month cardiovascular prognostic impact of type 1 And type 2 myocardial infarction in patients hospitalized for gastrointestinal bleeding. *Eur J Intern Med.* 2023 Oct;116:51-57. Epub 2023 Jul 26. PMID: 37500309. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2023.07.015>
 13. Gulizia MM, Colivicchi F, Abrignani MG, et al.; ESC Scientific Document Group; Faculty for approval of the Consensus Document. Consensus Document ANMCO/ANCE/ARCA/GICR-IACPR/GISE/SICOA: Long-term Antiplatelet Therapy in Patients with Coronary Artery Disease. *Eur Heart J Suppl.* 2018 May;20(Suppl F):F1-F74. Epub 2018 May 31. PMID: 29867293; PMCID: PMC5978022. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/suy019>