

прозорливости, творческого оптимизма и высококлассного умения растить достойные научно-педагогические и врачебные кадры». В этом основа его творческого долголетия и доброй памяти со стороны его учеников, последователей и пациентов.

**Список литературы:**

1. Жизнь, отданная людям: Воспоминания о профессоре Б.П. Кушелевском/ Под ред. Е.Д. Рождественской. –Екатеринбург: Изд-во СВ-96, 2001. – 208 с.
2. Рождественская Е.Д.Основные этапы развития научных проблем, завещанных учителем: актовая речь на научно-практической конференции, посвященной 70-летию УГМА / Е.Д. Рождественская – Екатеринбург: УГМА, 2001. – 39 с.

УДК 616.155.164

**Черепанова Д.С., Чикунова М.В.  
АНАЛИЗ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ  
У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

Кафедра факультетской терапии и гериатрии  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**CherepanovaD.S., ChikunovaM.V.  
ANALYSIS OF THE REASONS OF DEVELOPMENT OF IRON  
DEFICIENCY ANEMIA IN PATIENTS WITH CHD**

Department of Faculty Therapy and Geriatrics  
Ural state medical university  
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: cherepanovva.99@yandex.ru

**Аннотация.** В статье представлены результаты анализа причин анемии у пациентов с ишемической болезнью сердца, принимающих антиагреганты и антикоагулянты. По результатам рутинных методов исследования установлено, что 55,7% пациентов имеют в качестве возможного источника кровотечения желудочно-кишечный тракт.

**Annotation.** The article presents the results of an analysis of the causes of anemia in patients with coronary heart disease taking antiplatelet agents and anticoagulants. According to the results of routine research methods, it was found that 55.7% of patients have a gastrointestinal tract as a possible source of bleeding.

**Ключевые слова:** ишемическая болезнь сердца, анемия, антитромбоцитарная терапия.

**Key words:** coronary heart disease, anemia, antiplatelet therapy

### **Введение**

Желудочно-кишечные кровотечения являются наиболее распространенным серьезным геморрагическим осложнением при использовании антитромбоцитарной терапии. Так, по данным российских и зарубежных исследований, не менее 40-50% случаев острых кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), потребовавших консервативного, эндоскопического или хирургического гемостаза, связаны с приемом НПВП (нестероидные противовоспалительные препараты) [1;5]. Частота кровотечений из нижних отделов ЖКТ составляет не менее 30-50% от общего числа эпизодов кровотечений, ассоциированных с приемом НПВП [3]. Частым осложнением антитромбоцитарной терапии является НПВП-гастропатия, которая может проявляться эрозиями, язвами желудка и/или двенадцатиперстной кишки, кровотечением и перфорациями [2].

Диагностически сложной проблемой является НПВП-энтеропатия, которая обусловлена повышением проницаемости кишечной стенки, перемещением бактерий и развитием хронического воспаления. Данное повреждение имеет разные проявления, но наиболее часто характеризуется малозаметной кровопотерей, источником которой могут быть труднодиагностируемые изменения слизистой оболочки тощей и подвздошной кишки, приводящие к развитию клинически выраженной ЖДА. В тяжелых случаях может проявляться профузными кровотечениями, перфорацией кишки и развитием кольцевидных стриктур [4]. С появлением и активным применением на практике видеокапсульной диагностики в последние годы удалось получить данные о частых повреждениях тонкой кишки в виде эрозий и язв, даже при кратковременном использовании НПВП. Развитие ЖДА на фоне НПВП-энтеропатии угрожаемое состояние для больных с ИБС (ишемической болезнью сердца), так как повышается риск кардиоваскулярных катастроф. Эта связь подтверждается мета-анализом 51 РКИ, где показано значительное негативное влияние анемии на риск сердечно-сосудистых осложнений (инфаркта миокарда, прогрессирование ИБС) [4].

Рандомизированные клинические исследования продемонстрировали эффективность и безопасность использования ингибиторов протонной помпы (ИПП) как для первичной и вторичной профилактики, так и для лечения кровотечений из верхних отделов (ЖКТ) у пациентов, получающих антиагреганты и антикоагулянты [1]. Так, например, по данным 6-месячного исследования OBERON с участием 2426 больных, принимавших аспирин, изучалась эффективность ИПП для профилактики ЖКТ-осложнений. В результате, частота язв желудка, выявленных по ФГС, составила в группе

плацебо 7,4% и клинически выраженное кровотечение отмечено у 0,7% пациентов [4].

У больных с повышенным риском развития НПВП-энтеропатии и кровотечений из нижних отделов ЖКТ в настоящее время ряд клинических рекомендаций предлагают применять ребамипид [3-4].

Диагностический алгоритм поиска источника кровотечения включает следующий скрининг: определение наличия анемии (уровень гемоглобина), проведение фиброгастродуоденоскопии (ФГДС), выявления скрытого кровотечения (анализ кала на скрытую кровь) и видеокапсульную диагностику [2].

**Цель исследования** – анализ причин возникновения анемии у пациентов с ИБС, принимающих антиагреганты и антикоагулянты.

### **Материалы и методы исследования**

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 70 пациентов кардиологического отделения ЦГБ №7 с ИБС и ЖДА. Среди них – 48 женщин (68,6%) и 22 мужчины (34,4%), средний возраст 69 лет (55÷78).

Пациенты в отделении получали терапию в следующих комбинациях: двойную антиагрегантную терапию 39 человек (55,7%); прямые антикоагулянты (Ривароксабан, Апиксабан) – 20 человек (28,6%); три препарата (Клопидогрел + ацетилсалициловая кислота + прямые антикоагулянты) – 11 человек (15,7%). Дополнительно к антиагрегантной и антикоагулянтной терапии 62 человека (83,8%) получали ингибиторы протонной помпы. Диагностический поиск источников кровотечения включал: анализ кала на скрытую кровь, ФГДС и РРС.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

При анализе данных, выявлено, что анемия легкой степени наблюдалась у 53 человек (75,7%), средней степени - у 12 человек (17,2%) и тяжелой степени - у 5 человек (7,1%). При этом у пациентов, получавших прямой оральные антикоагулянты (Ривароксабан / Апиксабан) доля анемии легкой степени составляла 60%, средней степени тяжести – 40%. У пациентов, принимавших двойную антиагрегантную терапию (Клопидогрел + ацетилсалициловая кислота) анемия легкой степени тяжести регистрировалась в 88% случаев, средней тяжести в 9% и тяжелой степени – в 3%. У пациентов, использующих три препарата (Клопидогрел + ацетилсалициловая кислота + прямые антикоагулянты) в 100% наблюдалась анемия легкой степени. Диаграмма представлена на рисунке 1.



Рис. 1. Зависимость тяжести анемии от получаемой терапии

Для выявления возможного источника кровотечения, все пациенты (100%) направлялись на сдачу анализа кала на скрытую кровь; 52 больным (74,3%) проведена ФГС; 7 человекам (10%) выполнена ректороманоскопия.

Положительная реакция в анализе кала отмечалась у 25 человек (35,7%), из них 19 человек прошли ФГДС и 4 человека – ректороманоскопию. Патологические изменения в желудке, которые могли быть причиной кровотечения (язва, эрозивный гастрит) были обнаружены у 3-х пациентов из 25 (12%). Патологические изменения в толстом кишечнике (хронический геморрой 2 ст) были обнаружены у 1-го пациента (4%). При этом сопутствующая патология (язвенная болезнь, дивертикулярная болезнь) встречалась у 5 из этих пациентов (20%).

Среди пациентов с отрицательной реакцией в анализе кала на скрытую кровь, 45 человек (64,3%), ФГДС было проведено у 33-х пациентов (73,3%), возможные источники кровотечения были обнаружены у 5 из них (15,2%). Ректороманоскопию прошли 3 пациента, патологических изменений не выявлено. Сопутствующая патология встречалась у 11 (14,9%) из этих пациентов (язвенная болезнь – 7 человек, дивертикулярная болезнь – 4 человека).

Дополнительная инструментальная диагностика (ФГДС, ректороманоскопия) не была проведена у 18 человек (25,7%), при этом 6 из них имели положительную реакцию на скрытую кровь, сопутствующая патология – язвенная болезнь у 2 из них, дивертикулярная болезнь у одного.

### **Выводы**

Анализ данных 70 пациентов с ИБС и развившейся анемией показал, что, по результатам рутинных методов исследования, 39 человек (55,7%) имеют в качестве возможного источника кровотечения желудочно-кишечный тракт. Однако в процессе обследования остались пациенты, источники кровотечения которых не были выявлены. Вероятно, они находятся в необследованных отделах ЖКТ, выше прямой кишки. Следует учитывать следующие ограничения в диагностическом поиске у данной категории больных: колоноскопия невозможна ввиду тяжести состояния больных, а энтероскопия является очень дорогостоящим методом исследования. Для профилактики и лечения НПВП-гастропатии необходимо использовать ИПП, а НПВП-энтеропатии – ребамипид.

### **Список литературы:**

1. Бабаянц А.В. Острые кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта: от эпидемиологии до формирования концепции консервативной терапии / А.В. Бабаянц, Б.Р. Гельфанд, А.Е. Каратеев, Д.Н. Проценко // Инфекции в хирургии. 2013. №4. С. 11-17.

2. Бакулин И.Г. Коморбидная патология в клинической практике. Алгоритмы диагностики и лечения / И.Г. Бакулин, Р.Г. Оганов, В.И. Симаненков // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2019. №18. С. 32-44.

3. Клинические рекомендации Ассоциации ревматологов России "Рациональное использование нестероидных противовоспалительных препаратов". 2018.

4. Каратеев А.Е. Ребамипид: эффективная медикаментозная профилактика НПВП-энтеропатии возможна / А.Е. Каратаев, Е.В. Мороз // Современная ревматология. 2016. №10. С. 97-105.

5. Agewall S. Expert position paper on the use of proton pump inhibitors in patients with cardiovascular disease and antithrombotic therapy / S. Agewall, M. Cattaneo, J. Collet // European Heart Journal. 2013. №34. P. 1708-1713.

УДК616.43/.45:616.2-07

**Чернявская Д.Р., Шлыкова А.И., МокашеваЕвг.Н., МокашеваЕк.Н.  
ОЦЕНКА ИНДЕКСА CHARLSON ПРИ КОМОРБИДНОЙ  
ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОГО И  
ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

Кафедра патологической физиологии  
Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.  
Бурденко  
Воронеж, Российская Федерация

**Chernyavskaya D.R., Shlykova A.I., MokashevaEv.N., MokashevaEk.N.  
EVALUATION OF THE CHARLSON INDEX IN COMORBID PATHOLOGY  
IN PATIENTS OF ENDOCRINOLOGICAL AND PULMONOLOGICAL  
PROFILE**

Department of Pathological Physiology  
Voronezh state medical university named after N.N. Burdenko  
Voronezh, Russian Federation

E-mail: [dayana.chernyavskaya.99@mail.ru](mailto:dayana.chernyavskaya.99@mail.ru)

**Аннотация.** В статье рассмотрена проблема оценки коморбидной патологии среди пациентов терапевтического и эндокринологического профилей. Все прошедшее исследование 55 пациентов поделены на 2 группы в зависимости от наличия у них сахарного диабета. Подсчитаны индекс Charlson, проведен анализ наличия коморбидной патологии. Выявлено, что пациенты с сахарным диабетом чаще страдают от таких заболеваний, как ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, ожирение, онкология, хронический пиелонефрит и различные расстройства желудочно-кишечного тракта. Также