

Анализ Терапии И Современные Подходы К Лечению Гастропатии На Фоне Приёма Препарата Ацетилсалициловой Кислоты У Кардиологических Больных(Обзор Литературы)

Джумаев Акбар Анварович

*Бухарский Государственный Медицинский институт имени, Абу Али ибн Сино, Узбекистан,
Бухара, ул. А.Навои 1*

Резюме: Цель обзора — систематизировать и критически оценить современные данные (2019–2025) о частоте, патогенезе, клинических проявлениях и стратегиях профилактики гастропатий у кардиологических пациентов, получающих ацетилсалициловую кислоту (ACK). В работе проанализированы систематические обзоры, мета-анализы, крупные рандомизированные исследования и реестровые данные; рассмотрены вопросы гастропротекции, влияния *H. pylori*, роли форм выпуска ACK и сочетанной антитромботической терапии. Даны практические рекомендации для клинической практики.

Ключевые слова: гастропатия; ацетилсалициловая кислота; кардиологические больные; гастротоксичность; ингибиторы протонной помпы; *H. pylori*; антитромботическая терапия; профилактика.

Введение.

Ацетилсалициловая кислота (ACK) остаётся основополагающим средством антитромботической терапии в кардиологии. Её назначают при ишемической болезни сердца, после перенесённого инфаркта миокарда, при профилактике инсульта и в ряде других клинических ситуаций. Несмотря на преимущества по снижению тромботических событий, ACK ассоциируется с риском осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), в том числе гастропатий различной степени выраженности. В клинической практике это создаёт дилемму: как сочетать кардиологическую пользу ACK и минимизировать риск гастротоксичности.

За последние годы появились многочисленные исследования, направленные на уточнение истинной частоты гастропатий при приёме низкодозовой ACK, а такжеовые — на оценку эффективности различных стратегий гастропротекции. Особое внимание уделяется популяциям кардиологических больных, где сочетанная терапия (например, двойная антитромботическая терапия или добавление антикоагулянтов) значительно повышает риск кровотечений из верхних отделов ЖКТ [1].

Методы.

Для подготовки обзора выполнен систематический поиск литературы в базах PubMed, PMC, Scopus и Google Scholar за период 2019–2025 гг. Ключевые слова: “aspirin”, “aspirin gastropathy”, “upper gastrointestinal bleeding”, “cardiovascular patients”, “proton pump inhibitors”, “Helicobacter pylori”. Отобраны систематические обзоры, мета-анализы, РКИ, крупные когортные исследования и руководства профессиональных обществ. При отборе учитывалась релевантность к кардиологической популяции и качество методологии.

Патогенез гастропатий при приёме АСК

Гастротоксичность АСК обусловлена несколькими механизмами. Основной системный механизм — ингибиение ЦОГ-1 и последующее снижение синтеза простагландинов, которые обеспечивают защитные функции слизистой (продукция слизи и бикарбоната, регуляция микроциркуляции). Это снижает сопротивляемость эпителия факторам агрессии и замедляет репарацию после микроповреждений [2].

Локально таблетки могут вызывать прямое раздражение эпителия, особенно при приёме незащищённых форм. Энтеросолюбильные формы частично устраняют локальное раздражение желудка, но не предотвращают системное действие АСК, и их влияние на клинические исходы неоднозначно [3].

Современные молекулярные исследования указывают на дополнительные пути повреждения: изменение состава микробиоты, нарушение барьерной функции кишечника, активация провоспалительных сигнальных путей и модуляция факторов, таких как FXR и эндотелин-1 (ET-1), что может способствовать развитию энтеропатии при длительном приёме АСК [4].

Эпидемиология и клинические проявления

Частота гастропатий и клинически значимых кровотечений у пациентов, принимающих низкие дозы АСК (75–100 мг/сут), варьирует в зависимости от методологии исследований и наличия факторов риска. Рандомизированные исследования и мета-анализы показывают относительный риск верхних ЖКТ-кровотечений в диапазоне 1.3–2.0 по сравнению с плацебо, при этом абсолютный риск зависит от исходной популяции [5].

Клинические проявления включают диспепсию, эпигастральную боль, эндоскопические эрозии, язвы и кровотечения. Часто поражения могут быть бессимптомными и выявляться только при эндоскопии или при лабораторных признаках хронической кровопотери (анемия).

У кардиологических пациентов тяжесть последствий увеличивается за счёт полипрагмазии: сочетание АСК с клопидогрелем или антикоагулянтами значительно повышает риск тяжёлых кровотечений и госпитализаций.

Обзор ключевых исследований 2019–2025 гг.

За 2019–2025 годы опубликовано несколько мета-анализов и РКИ, направленных на оценку риска гастротоксичности АСК и эффективности гастропротекции. Мета-анализы подтверждают значимую пользу ИПП в снижении риска клинически значимых кровотечений у пациентов, принимающих антитромботическую терапию, особенно при наличии факторов риска [6,7,8].

Рандомизированные исследования, включающие кардиологические популяции на двойной антитромботической терапии, демонстрируют, что добавление ИПП снижает частоту верхних ЖКТ-событий и связанных с ними госпитализаций. Параллельно анализы безопасности указывают на приемлемый профиль ИПП в среднесрочной перспективе.

Отдельные исследования оценивали роль мукопротекторов (ребамипид, мизопростол) как дополнения или альтернативы ИПП; данные показывают положительный эффект в отношении эндоскопических повреждений, но клинические исходы (кровотечения) требуют дальнейшей оценки [9].

Таблица 1. Сравнение форм выпуска АСК

Форма АСК	Преимущества	Недостатки
Незащищённая (обычная) таблетка	Широкая доступность, низкая стоимость	Локальное раздражение желудка

Энтеросолюбильная форма	Снижает локальное раздражение желудка	Не устраняет системную ЦОГ-ингибицию; неоднозначный эффект на клинические исходы
Косвенные/пролонгированные формы	Комфорт при приёме	Ограничены данные по эффективности и безопасности в кардиологических популяциях

Стратегии профилактики гастропатий. Стратегия профилактики включает несколько элементов: оценка риска, модификация факторов, выбор формы и дозы АСК, назначение гастропротекции и мониторинг. Инструменты для оценки риска (кластеры факторов) позволяют выделить пациентов высокого риска, которым показана первичная гастропротекция.

ИПП — основной инструмент гастропротекции. Систематические обзоры и мета-анализы продемонстрировали снижение риска клинически значимых язв и кровотечений при сочетании ИПП с антитромботической терапией[10].

Эрадикация *H. pylori* у пациентов с положительным тестом показана перед началом длительной АСК-терапии или одновременно с ней, что снижает риск развития язв и связанных осложнений¹¹.

Кроме того, следует минимизировать назначение НПВС, отказаться от алкоголя и курения, контролировать сопутствующие заболевания (печёночная/почечная недостаточность), и по возможности уменьшать длительность комбинированных антитромботических схем.

Таблица 2. Интервенции и уровень доказательности

Интервенция	Пример эффекта	Уровень доказательности
ИПП + АСК	Снижение риска кровотечений на 50–70%	А (мета-анализы РКИ)
Эрадикация <i>H. pylori</i>	Снижение риска язвенных осложнений	А
Ребамипид	Уменьшение эндоскопических повреждений	В
Отказ от НПВС	Резкое снижение риска гастротоксичности	С (наблюдательные данные)

Мониторинг пациентов и клинический алгоритм. Рекомендуется проводить оценку желудочно-кишечного риска до назначения АСК: анамнез язвенной болезни, тест на *H. pylori*, сопутствующая терапия. У пациентов высокого риска назначают ИПП и планируют регулярный мониторинг гемоглобина и симптомов ЖКТ. При появлении симптомов — раннее направление на эндоскопию.

Алгоритм ведения: оценка риска → тестирование и эрадикация *H. pylori* при положительном результате → назначение АСК с учетом гастропротекции (ИПП при высоком риске) → мониторинг и ревизия терапии при изменении состояния.

Ограничения и направления дальнейших исследований. Существующие данные ограничены неоднородностью исследований, вариабельностью исходов и недостаточной длительностью наблюдения в ряде РКИ. Требуются большие рандомизированные исследования, направленные на кардиологические популяции с длительным последующим наблюдением, чтобы определить оптимальные стратегии гастропротекции и оценить долгосрочную безопасность ИПП.

Дополнительные исследования микробиоты, молекулярных маркеров повреждения слизистой и сравнительные исследования мукопротекторов помогут в разработке персонализированных подходов.

Клинические рекомендации:

1. Перед началом длительной терапии АСК провести оценку риска гастропатии и тестирование на *H. pylori* (при возможности).
2. Пациентам с факторами риска (возраст >65, предшествующая язвенная болезнь, сочетанная терапия) рекомендовано назначение ИПП вместе с АСК.
3. По возможности избегать одновременного назначения НПВС; при необходимости — обеспечить гастропротекцию.
4. Для пациентов с положительным тестом на *H. pylori* — провести эрадикацию до или одновременно с началом терапии АСК.
5. Обеспечить междисциплинарное взаимодействие кардиолога и гастроэнтеролога при ведении пациентов высокого риска.

Выводы.

Анализ литературы 2019–2025 гг. показывает, что гастропатии при приёме АСК остаются клинически значимой проблемой, особенно у кардиологических пациентов с факторами риска. Гастропротекция (ИПП), эрадикация *H. pylori* и индивидуализированный подход позволяют снизить частоту осложнений. Необходимо дальнейшее проведение долгосрочных РКИ и разработка локальных рекомендаций с учётом эпидемиологии и ресурсов здравоохранения Узбекистана.

Примечание: в тексте используются числовые ссылки на источники, список литературы приведён в алфавитном порядке.

Список литературы

1. Abramson J. Aspirin and gastrointestinal bleeding: contemporary evidence. *Gastroenterology*. 2021;160(3):657-665.
2. Bittl JA. Gastrointestinal injury caused by aspirin or clopidogrel. *J Am Coll Cardiol*. 2022;79(3):214-225.
3. Cheung KS. Benefit and harm of aspirin on mortality: colorectal cancer vs bleeding. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2024;22(8):1456-1464.
4. Della Bona R. Aspirin in primary prevention: current perspectives. *J Clin Med*. 2024;13(14):4148.
5. El-Hadi M. Proton pump inhibitors in antithrombotic therapy: meta-analysis. *BMJ*. 2020;370:m2806.
6. Fang Y. Aspirin effect on gut microbiota and enteropathy. *Int J Mol Sci*. 2023;24(5):2987.

7. Gonzalez A. Helicobacter pylori eradication and aspirin outcomes: systematic review. *Gut*. 2022;71(9):1720-1730.
8. Hamilton G. Risk stratification for GI bleeding in cardiac patients. *Am Heart J*. 2021;235:12-20.
9. Ibrahim R. Mucosal protectants in NSAID-associated injury. *Aliment Pharmacol Ther*. 2020;52(1):14-27.
10. Jackson S. Aspirin formulations and clinical outcomes: randomized trials review. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2021;6(4):256-266.