



СИСТЕМАТИЗИРУЮЩАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ МУЛЬТИФОКАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА НЕСТЕРОИДНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ (НПВП) И АНТИТРОМБОТИЧЕСКИМИ (АТП) ПРЕПАРАТАМИ («Московская классификация»)*

Лазебник Л. Б.¹, Белова Г. В.²

¹ ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова» (МГМСУ) Минздрава России (Москва, Россия)

² Многопрофильный медицинский центр Банка России (Москва, Россия)

SYSTEMIZING CLASSIFICATION OF MULTIFOCAL LESIONS OF THE MUCOSA OF THE DIGESTIVE TRACT BY NON-STEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AND ANTITROMBOTIC DRUGS ("Moscow classification")*

Lazebnik L. B.¹, Belova G. V.²

¹ State budgetary institution of high professional education «Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A. I. Evdokimov» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation (Moscow, Russia)

² Multidisciplinary Medical Center of the Bank of Russia (Moscow, Russia)

Для цитирования: Лазебник Л. Б., Белова Г. В. Систематизирующая классификация мультифокальных повреждений слизистой оболочки пищеварительного тракта нестероидными противовоспалительными (нпвп) и анти тромботическими (атп) препаратами («Московская классификация»). Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2018;151(3): 19–27.

For citation: Lazebnik L. B., Belova G. V. Systemizing classification of multifocal lesions of the mucosa of the digestive tract by non-steroidal anti-inflammatory and antitrombotic drugs ("Moscow classification"). Experimental and Clinical Gastroenterology. 2018;151(3): 19–27.

Лазебник Леонид Борисович — д.м.н., профессор кафедры поликлинической терапии МГМСУ им. А. И. Евдокимова

Белова Галина Вячеславовна — д.м.н., заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической помощи, заведующая поликлиникой Многопрофильного медицинского центра Банка России

Lazebnik Leonid Borisovich — MD, PhD, Professor of the department of outpatient therapy, Moscow State University of Medicine and Dentistry n. a. A. I. Evdokimov

Belova Galina Vyacheslavovna — MD, PhD, Deputy chief doctor for outpatient care, Head of the polyclinic of the Multidisciplinary Medical Center of the Bank of Russia

Лазебник

Леонид Борисович

Lazebnik Leonid Borisovich

Leonid.borisL@gmail.com

Резюме

Цель работы: представить удобную для практического применения систематизирующую классификацию, унифицирующую и объективизирующую представления врача, в том числе и в динамике, о характере мультифокальных повреждений слизистой пищеварительной трубки на всем ее протяжении, развивающиеся в результате повреждающего действия нестероидных противовоспалительных (НПВП) и анти тромботических препаратов (АТП).

Материалы и методы. Для разработки алгоритма ведения пациентов, получающих НПВП и АТП, а также систематизации мультифокальных повреждений слизистой пищеварительного тракта на фоне проводимого лечения использовали как собственный опыт, так и опыт зарубежных коллег в виде информационных ресурсов *PubMed*, *Cochrane Library*, *MDConsult*, *DynaMed*, *Google Scholar*, и систему поиска *TRIP Database*, являющихся на сегодняшний день самыми полными по охвату общедоступными системами мета-поиска, имеющими развитую систему сортировки научных и нормативных документов. Алгоритм ведения пациентов, получающих НПВП и АТП, включал оценку состояния пациента перед началом лечения, динамический контроль осложнений на основании клинико-лабораторных данных, данных эндоскопической диагностики, а также систему поддержки принятия решений в виде разработанной классификации мультифокальных эзофагастроуденоэнтерокопатий.

* Иллюстрации к статье – на цветной вклейке в журнал.

* Illustrations to the article are on the colored inset of the Journal.

Результаты. Разработанная классификация мультифокальных повреждений слизистой пищеварительного тракта нестероидными противовоспалительными и антитромботическими препаратами представлена в виде буквенно-цифровых символов («формулы») и последующего каскада, включающего общую шкалу, расширенную (уточняющую) шкалу, а также возможность стратификации рисков рецидива кровотечения или тромбоэмболического осложнения путем присоединения к предлагаемой формуле более или менее широко используемых в мировой практике шкал.

Заключение. Разработанная нами систематизирующая классификация мультифокальных повреждений слизистой пищеварительного тракта нестероидными противовоспалительными и антитромботическими препаратами («Московская классификация») может быть отнесена к моделям персонифицированной, профилактической и предиктивной медицины (медицины «Трех П»), где за простой формулой стоит учет значительного числа гендерных, анамнестических, функциональных и клинико-лабораторных показателей. Применение «Московской классификации» относится к системе поддержки принятия решения в отношении тактики ведения крайне сложной категории пациентов с коморбидной патологией.

Ключевые слова: коморбидная патология, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), антитромботические препараты (АТП), «Московская классификация», риск рецидива кровотечения, риск тромбоэмболических осложнений, мультифокальные повреждения пищеварительного тракта

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Summary

The aim of the study was to show the modern possibilities of diagnostics of multifocal lesions of the mucosa of the digestive tract against the background of the use of non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) and antithrombotic agents (ATA) and to present a new classification of mucosal lesions and the possibility of its application for further transition to clinical recommendations as a guide to action.

Materials and methods. In order to develop an algorithm for managing patients receiving NSAIDs and anti-thrombotic therapy, as well as classification of lesions of the mucosa of the digestive tract, against the background of the treatment, we used the experience of foreign colleagues and information resources: *PubMed*, *Cochrane Library*, *MDConsult*, *DynaMed*, *Google Scholar*, *TRIP Database*, which today is the most comprehensive in terms of coverage by the public meta-search system, which has an advanced document sorting system, existing normative documents, as well as own experience. The algorithm for management of patients cured with NSAIDs or ATA included assessment of the patient's condition before the start of treatment, dynamic monitoring of complications based on clinical and laboratory data, endoscopic diagnostic data, and a decision support system in the form of the "Russian classification" of esophagogastrroduodenointerocolatopathy.

Results. The developed "Moscow classification" of multifocal lesions of the mucosa of the digestive tract with nonsteroidal anti-inflammatory and antithrombotic agents is presented in the form of a cascade that includes a common scale, an expanded (specifying) scale, and a stratification of the risks of recurrence of bleeding and thromboembolic complications.

Conclusion. The proposed "Moscow classification" of lesions of the mucosa of the digestive tract with non-steroidal anti-inflammatory drugs and drugs for lowering blood clotting (L. B. Lazebnik, G. V. Belova) is a testament to the medicine of "Three P" — personified, preventive and predictive, accounting for a significant number of gender, anamnesis, functional and clinical-laboratory indicators. The application of the Russian classification refers to the decision-support system for the tactics of conducting an extremely complex category of patients with severe comorbid pathology.

Key words: comorbid pathology, non-steroidal anti-inflammatory drugs, antithrombotic drugs, "Moscow classification", risk of bleeding recurrence, risk of thromboembolic complications, multifocal lesions of the mucosa of the digestive tract

Authors declare lack of the possible conflicts of interests.

“ В клинике – сначала знание,
потом опыт, всегда – суждение ”
М. П. Кончаловский (1875–1942 гг.)

Введение

Многочисленные научно-практические исследования в лечении заболеваний сердечно-сосудистой системы, развитие клинической фармакологии, новейшая «креативная» хирургия аритмий и ишемической болезни сердца, врожденных и приобретенных пороков сердца, терминальной сердечной недостаточности, применение эндоваскулярных технологий, развиваемое направление «гибридных операций» спасает сегодня жизни взрослых пациентов и детей [1, 2, 3].

По данным международных регистров, в мире отмечается снижение смертности от кардиоваскулярных заболеваний (рис. 1, см цветную вставку).

Однако данной группе пациентов показан пожизненный прием НПВП и/или АТП для профилактики нежелательных сердечно-сосудистых событий. С этой целью ежегодно в США выписывается более 35 млн рецептов для получения НПВС и/или пероральных антикоагулянтов. И это только одна сторона исследуемого вопроса.

По данным мировой статистики отмечается рост числа пожилых людей. По данным ООН в 1994–2014 гг. количество людей старше 60 лет удвоилось, и уже в 2014 г. превысило число детей в возрасте до пяти лет в мире. В большинстве своем это люди с коморбидной патологией, которые относятся к категории «хрупкий пациент», в ведении которых показана комбинированная терапия, при этом часто имеет место сочетание приема НПВП и АТП. Имеется огромное количество пациентов,

бесконтрольно принимающих НПВП в различных лекарственных формах по поводу хронической боли, обусловленной заболеваниями опорно-двигательного аппарата или иными причинами [4, 5].

Немалую роль в современной жизни имеют и средства массовой информации, представляющие площадку для неконтролируемой рекламы фармакопрепаратов, значительную долю в которой занимают НПВП. При этом основные из нежелательных побочных эффектов приема (эзофагогастроэнтероколиты) остаются «за занавесом» [6].

Тем не менее, по данным 1-го Всероссийского Форума АнтиКоагулянтной Терапии ФАКТ (23–24 марта 2016 г., Россия, Москва) ежегодная частота больших кровотечений на фоне лечения НПВС и/или антитромботическими препаратами составляет от 0,2 до 5,2%, причем частота фатальных кровотечений колеблется от 0,07 до 0,7% [7,8,9].

Все это требует более широкого внедрения принципов медицины «Трех П» – персонифицированной, профилактической и предиктивной, что по расчетным данным должно позволить снизить смертность от сердечно-сосудистых заболеваний на 23–47% (заседание Совета Федерации РФ, 17.03.2015).

В связи с этим применение алгоритма ведения пациентов, получающих НПВП и АТП и создание классификации повреждений слизистой с целью дальнейшего перехода на клинические рекомендации, как руководство к действию является крайне актуальным.

Материалы и методы

С целью разработки алгоритма ведения пациентов, получающих НПВП и АТП, а также классификации мультифокальных повреждений слизистой пищеварительного тракта на фоне проводимого лечения мы использовали имеющийся опыт зарубежных коллег и информационные ресурсы: *PubMed, Cochrane Library, MDConsult, DynaMed, Google Scholar*, систему поиска *TRIP Database*, которая на сегодняшний день является самой полной по охвату общедоступной системой мета-поиска, имеющей развитую систему сортировки документов, существующие нормативные документы, а также собственный опыт.

Алгоритм ведения пациентов, получающих НПВП и/или АТП представлен на рис. 2.

Оценка состояния пациента перед началом лечения НПВП и/или АТП (по назначению терапевта, кардиолога, кардиохирурга или врача другой специальности) должна включать следующие данные [10, 11]:

Методы контроля осложнений:

1. Общий анализ крови (гемоглобин);
2. Анализ кала на скрытую кровь в различных модификациях;

1. *Объективные данные:* доза и вид предлагаемого для лечения препарата;
2. *Субъективные данные:* обязательный сбор анамнеза (перенесенные заболевания и операции со стороны желудочно-кишечного тракта), клинико-лабораторные характеристики пациента, включающие состояние свертывающей системы крови (МНО), мочевыделительной системы (мочевина, креатинин), гепато-билиарной системы (билирубин, АЛТ, АСТ), данные эндоскопического обследования (наличие эрозивно-язвенных изменений до начала лечения в желудочно-кишечном тракте), анализ кала на скрытую кровь;
3. *Фармакокинетику и фармадинамику препаратов*, в том числе сочетания препаратов. Желательна консультация клинического фармаколога.

3. При наличии подозрения на наличие скрытого кровотечения показано проведение эндоскопических методов исследования. В большинстве

случаев эндоскопия сочетает в себе высокотехнологичный метод диагностики с миниинвазивным лечебно-оперативным способом лечения. Приоритетность выбора диагностического метода обусловлена клиническими данными в соответствии с предполагаемым источником кровотечения, а дальнейшая тактика ведения пациента и характер проводимого лечения, в свою очередь, определяются эндоскопическими данными. При невозможности эндоскопического

гемостаза и неэффективности проводимой консервативной терапии показано своевременное хирургическое лечение [12].

Собственный клинический и эндоскопический опыт, опыт отечественных и зарубежных коллег, а также данные информационных ресурсов показали необходимость создания унифицированной классификации мультифокальных эзофагогастро-дуоденоэнтероколоний.

Создание подобной классификации преследует следующие цели:

1. Создание формулы, которая позволит специалисту «при первом взгляде» оценить уровень обследования и состояние слизистой желудочно-кишечного тракта на фоне применения НПВС и/или антитромботических препаратов;
2. Благодаря выходу на каскад формула позволит характеризовать наиболее тяжелое повреждение желудочно-кишечного тракта с учетом тяжести кровопотери и риска тромбозов и тромбоэмболических осложнений;
3. Предлагаемая «Московская классификация» при применении шкал позволит провести стратификацию рисков рецидива кровотечения и тромбозов и тромбоэмболических осложнений;
4. Использование «Московской классификации» позволит с высокой степенью эргономичности перейти к клиническим рекомендациям, как руководству для определения дальнейшей тактики ведения пациентов с тяжелой коморбидной патологией;
5. Такая классификация необходима для определения единого взгляда на заболевание и согласованной тактики ведения пациента эндоскопистом, хирургом и врачами других специальностей (терапевтом, кардиологом, неврологом и т.д.) [12].

Результаты

«Московская классификация» мультифокальных повреждений слизистой пищеварительного тракта нестероидными противовоспалительными (НПВП) и антитромботическими препаратами (АТП)

Буквенно-цифровая символика

Общая шкала

Буквенная символика отдела пищеварительного канала (шрифт – латинский, курсив, прописной, жирный):

- E (*esophagus – пищевод*)
- G (*gaster – желудок*)
- D (*duodenum – двенадцатиперстная кишка*)
- I (*intestine – тонкая кишка*)
- C (*colon – толстая кишка*)

Цифровая символика визуальной эндоскопической характеристики обнаруженного очага повреждения (римские цифры, нежирный шрифт):

- 0 – отсутствие всяких изменений, нет признаков кровотечения (рис. 3), здоровая слизистая.
- I – неэрозивные изменения (“reddened lesions”).

Определяется гиперемия слизистой, очаговые и диффузные геморрагические изменения, множественные очаги ангиодисплазии в виде очагов ярко-вишневого цвета неправильно-округлой и неправильно-овальной формы, не возвышающиеся над окружающей слизистой размером 2–5 мм, при инструментальной пальпации бледнеют. Подтекает свежей крови не выявляется.

В узкоспектральном режиме (NBI-, FICE, i-scan) определяются либо расширенные неизвитые сосуды (рис. 4), либо мелкоочаговые подслизистые кровоизлияния (геморрагии) в виде мелких красных пятен диаметром до 1 см (рис. 5).

- II – выявляются эрозии, острые язвы, хронические язвы единичные и множественные (рис. 6).
- III – видны кровоточащие опухоли и полипы: доброкачественные или злокачественные (рис. 7) [13].
- ? – обследование данного отдела пищеварительной трубки по тем или иным причинам не проведено.

Буквенная символика эндоскопической характеристики кровотечения из обнаруженного очага повреждения:

- a – продолжающееся (рис. 8).
- b – перенесенное.

разработанная только для оценки язвенных кровотечений из желудка и 12-типерстной кишки, здесь, как нам кажется, не может быть применена, т.к. в данной ситуации мы должны оценить состояние всех отделов пищеварительного канала.

Имеющая широкое распространение в международной практике классификация Forrest (1974),

Формулы общей шкалы «русской классификации»

Примеры:

- **E0G0D0I0C0** – здоровая слизистая на всем протяжении пищеварительного канала;
- **E0G0DII?CIIIb** – в пищеводе и желудке нет изменений, в 12-типерстной кишке обнаружены неэрозивные изменения, тонкая кишка не обследована, в толстой кишке выявлена опухоль с признаками перенесенного кровотечения;
- **E0GIIbDII?C0** – в пищеводе и толстой кишке нет изменений, в желудке выявлены эрозивно-язвенные изменения с признаками перенесенного кровотечения, в двенадцатиперстной кишке неэрозивные изменения (*reddened lesions*), тонкая кишка не обследована.

Эндоскопические методы диагностики для оценки состояния слизистой пищеварительной трубки при применении НПВП и АТП

- **Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС)** проводится в 2-х модификациях: – осмотр в белом свете (желательно с высокой степенью разрешения) пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки, и обязательно начального отдела тонкой кишки (проведение эндоскопа за связку Трейтца) для диагностики кровотечения или выявления патологии в начальном участке тонкой кишки;
 - ▷ уточняющие методики, в частности узкоспектральная эндоскопия (NBI-, FICE-, i-scan) показаны при подозрении на аррозию капилляра, не видимую в белом свете (рис. 9).

Возможно также проведение эндоскопического гемостаза.

- **Колоноскопия** – осмотр в белом свете (желательно с высокой степенью разрешения) с обязательным осмотром терминального отдела тонкой кишки (15–20 см – участок тонкой кишки доступный осмотру) для диагностики кровотечения или выявления патологии в терминальном участке тонкой кишки (рис. 10). Возможно также проведение эндоскопического гемостаза [14].
- **Видеокапсульная энтероскопия** (рис. 11 а, б, в) – метод, разработанный для диагностики кровотечения и выявления патологии в тонкой кишке.

Абсолютные показания:

- ▷ Клинически – это немотивированная хроническая (т.е. постоянная) слабость, кровь в стуле, положительная реакция на скрытую кровь в кале (так называемый гемоккультный тест), похудание,
- ▷ анемия,

- ▷ подозрение на «скрытое» желудочно-кишечное кровотечение, при отсутствии явного источника в желудке или толстой кишке,
- ▷ подозрение на болезнь Крона тонкой кишки,
- ▷ наследственные полипозные синдромы (синдром Пейтца–Еггерса, семейный аденоматозный полипоз, ювенильный полипоз и т.п.).

Относительные показания:

- ▷ целиакия (или глютенная энтеропатия),
- ▷ оценка распространенности поражения и/или эффективности лечения уже существующей болезни Крона,
- ▷ длительно существующая боль в животе.

Противопоказания:

- ▷ острая кишечная непроходимость,
 - ▷ декомпенсированная стриктура,
 - ▷ многочисленные операции на органах брюшной полости.
- Эндоскопический гемостаз невозможен. Метод является диагностическим.

- **Одно- и двухбаллонная энтероскопия** (рис. 12 а, б, в) проводится в специализированных учреждениях при наличии соответствующей аппаратуры. Возможно как антеградное, так и ретроградное введение энтероскопа. Метод является уточняющим и проводится после выявления патологии в тонкой кишке при видеокапсульной энтероскопии с целью уточнения диагноза и при необходимости забора биопсии. Возможно также проведение эндоскопического гемостаза [15, 16].

Итоговые уточняющие шкалы тяжести повреждений слизистой пищеварительного канала и стратификации рисков кровотечений и тромбоэмболических осложнений при лечении НПВП и АТП для «Московской классификации»

Оценки рисков кровотечения и развития тромбоэмболических осложнений производятся лечащим

врачом или реаниматологом в зависимости от профильности отделения пребывания пациента.

Буквенно-цифровая символика степени тяжести кровопотери (шрифт – латинский, прямой, строчной, нежирный, цифры арабские)

Несмотря на то, что исторически шкала Rockall (табл. 1) была направлена для оценки степени кровопотери и стратификации риска смертности при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, наш опыт позволяет рекомендовать ее использование и в случаях кровопотери из тонкой и толстой кишки.

Символы степени кровопотери:

- **A0** – нет кровотечения,
- **A1** – легкая степень кровотечения,
- **A2** – средняя степень тяжести кровопотери,
- **A3** – тяжелая степень кровопотери,
- **A4** – рецидив кровотечения.

Таблица 1.
Оценка тяжести кровопотери
(шкала Rockall)

Степень тяжести кровопотери	Критерии
Легкая A1	Снижение гемоглобина < 1 г/дл, анемия минимальная или отсутствует, гемодинамика стабильная, нечастая мелена, рвота цвета «кофейной гущи»
Средняя A2	Снижение гемоглобина на 1–2 г/дл, анемия 10 г/дл, гемодинамика стабильная, или только тахикардия, мелена, рвота кровью
Тяжелая A3	Снижение гемоглобина >2 г/дл, анемия < 10 г/дл, нестабильная гемодинамика (шок, ортостатический коллапс, кровь в стуле или мелена большого объема (> 350 мл), повторная рвота кровью
Рецидив кровотечения A4	Снижение гемоглобина >1,5 г/дл, повторная рвота кровью, повторное выделение крови в стуле, повторная или частая мелена

Буквенно-цифровая символика степени риска тромбоэмболических осложнений

Весьма частой клинической ситуацией является синхронное развитие эрозивно-язвенных повреждений желудочно-кишечного тракта с сохраненным высоким риском тромбоэмболических осложнений.

Для оценки последних следует использовать известную шкалу, предложенную в журнале CHEST (табл. 2) [17], где риск имеет обозначения, как:

- Т1 – низкий,
- Т2 – промежуточный,
- Т3 – высокий.

Таблица 2.
Показания к терапии варфарином и риск тромбоэмболических осложнений

CHEST 2012;141(2)(Suppl):e326S–e350S

Список сокращений в таблице:

- АГ – артериальная гипертензия
- АК – аортальный клапан
- ВТЭ – венозные тромбоэмболии
- СД – сахарный диабет
- ТИА – тяжелая ишемическая атака
- ФП – фибрилляция предсердий
- ХСН – хроническая сердечная недостаточность

Риск ТЭ	Механические протезы клапанов	ФП	ВТЭ
Высокий Т3	Любой протез МК Протез АК (шарообразный или дисковый) Инсульт или ТИА в течение 6 мес.	CHADS2 ≥5 Инсульт или ТИА в течение 3мес. Ревматический клапанный порок	ВТЭ в течение 3 мес Тяжелая тромбофилия (дефицит протеина С, S, антитромбина, антифосфолипидные АТ, множественные аномалии)
Промежуточный Т2	Двустворчатый протез АК с одним или более факторов риска: ФП, инсульт или ТИА, АГ, СД, ХСН, старше 65лет	CHADS2 ≥3–4	ВТЭ в течение 3–12мес Нетяжелая тромбофилия (гетерозиготные мутации в генах протромбина, V и Лейденского факторов) Рецидивирующая ВТЭ Рак (лечение в течение 6 мес или паллиативная помощь)
Низкий Т1	Двустворчатый протез АК без др. факторов риска	CHADS2 =0–2 без ТИА и инсульта в анамнезе	ВТЭ свыше 12мес и нет других факторов риска

Таким образом, расширенная (уточняющая) шкала выглядит так.

Например:

- ЕІ А0 Т3 – изменения в пищеводе неэрозивные, без кровопотери, с высоким риском тромбоэмболических осложнений, или
 - СІа А3 Т1 – эрозивно-язвенные изменения в толстой кишке, осложненные продолжающимся кровотечением с тяжелой степенью кровопотери и низким риском тромбоэмболических осложнений, или
 - G -ІІа А2 Т2 – эрозивно-язвенные изменения в желудке, осложненные продолжающимся кровотечением со средней степенью тяжести кровопотери и промежуточным риском тромбоэмболических осложнений [18, 19].
- Особенно сложными в плане принятия решения являются случаи с кажущимся одинаковым уровнем риска развития кровотечений и тромбоэмболических осложнений, когда необходимо принято верное решение и продолжить лечение, показания к которому выше. В связи с этим необходимо проводить стратификацию рисков [20, 21].

Стратификация рисков

Для стратификации рисков наиболее удобными являются шкалы HAS-BLED риска развития кровотечения и CHA2DS2-VASc риска тромбоэмболических осложнений, которая является расширенным вариантом шкалы CHADS2 [22].

Обе шкалы подробно представленные в табл. 3, имеют максимальное значение показателей 9 баллов. Таким образом, простое сложение балльных величин, без применения сложных математических формул, позволяет определить зону наибольшего риска с целью его преимущественной коррекции [23, 24].

CHA ₂ DS ₂ -VASC		HAS-BLED	
Застойная сердечная недостаточность*	1	Артериальная гипертония (систолическое АД > 160 мм рт. ст.)	1
Артериальная гипертония	1	Нарушенная почечная / печеночная функция (1 балл каждое нарушение)	1 или 2
Возраст ≥ 75 лет	2	Инсульт	1
Сахарный диабет	1	Кровотечение в анамнезе или предрасположенность к кровотечению	1
Инсульт / ТИА / системная тромбоэмболия в анамнезе	2	Лабильное МНО	1
Сосудистые заболевания (инфаркт миокарда в анамнезе, атеросклероз периферических артерий или аорты)	1	Пожилый возраст (старше 65 лет)	1
Возраст 65–74 года	1	Злоупотребление алкоголем и / или сопутствующий прием ряда лекарств, усиливающих кровоточивость (по 1 баллу каждый пункт)	1 или 2
Женский пол	1	Максимальное значение	9
Максимальное значение	9		

Таблица 3.
Стратификация рисков рецидива кровотечения и тромбоэмболических осложнений.

Клинический пример

В клинику поступила пациентка А. 76 лет с жалобами на слабость, бледность кожных покровов, сердцебиения.

Из анамнеза:

Последняя госпитализация 3 месяца назад в связи с учащением приступов фибрилляции предсердий.

Сопутствующие заболевания:

- ИБС,
- стенокардия напряжения II ФК,
- атеросклероз коронарных артерий (стенозы ПМЖВ ЛКА 75%, ПЖА 80%, ПКА 85%),
- прямое стентирование передней межжелудочковой ветви и правой коронарной артерии (учитывая высокий риск кровотечения, необходимость принимать постоянную антикоагулянтную терапию – установлены стенты без лекарственного покрытия),
- стеноз левого атрио-вентрикулярного отверстия среднетяжелой степени,
- гипертоническая болезнь II стадии, степень 3, риск 4,
- нарушение ритма сердца: персистирующая форма фибрилляции предсердий. ХСН I. ФК II,
- многоузловой токсический зоб,
- тиреотоксикоз в стадии медикаментозной компенсации.

Выписана с рекомендациями приема варфарина 2.5 мг по 3 таб. в день. Дополнительно плавикс 75 мг утром и кардиомагнил 75 мг вечером (3 недели).

Настоящее ухудшение 3 дня назад, когда обратила внимание на слабость, черный оформленный стул.

Объективно: нормального телосложения, правильного питания, кожные покровы бледные, сухие, АД 120/80, пульс-92, ЧД-18мин. Аускультативно: дыхание проводится во всех отделах, хрипов нет, тоны сердца ясные ритмичные. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Мочеиспускание в норме. Стул регулярный.

Диагноз при поступлении: состоявшееся желудочно-кишечное кровотечение на фоне тройной антитромботической терапии

(варфарин – с повышением; кардиомагнил 75 мг/сут., плавикс 75 мг/сут.), анемии среднетяжелой степени. Проводился диагностический поиск источника кровотечения. По результатам ЭГДС выявлена острая язва с признаками перенесенного, остановившегося на момент осмотра кровотечения. При колоноскопии и видеокапсульной эндоскопии источников кровотечения не выявлено.

Согласно Общей шкале «Русской классификации» заключение представлено следующей формулой: **E0 GIb D10 IC0**

Клинико-лабораторные показатели: общий анализ крови: эритроциты 10⁶/мкл 3.16, гемоглобин, г/дл 18.1; МНО до 5,0.

Учитывая данные анамнеза и клинико-лабораторные показатели, Расширенная шкала «Русской классификации» представлена следующим образом: **GIbA2T2**.

Возможности антиаритмической терапии ограничены в связи с перенесенным инфарктом миокарда, наличием гипертрофии миокарда левого желудочка и перенесенным тиреотоксикозом (терапия тиреостатиками проводится по настоящее время): невозможность назначения антиаритмических препаратов IC класса, соталекса, кордарона. В настоящее время продолжена терапия бета-блокаторами.

Проведенная стратификация рисков, несмотря на эндоскопически достаточно благополучную картину, показала более высокий риск рецидива кровотечения из желудочно-кишечного тракта по сравнению с риском тромбоэмболических осложнений: **HAS-BLED > CHA₂DS₂-VASC**

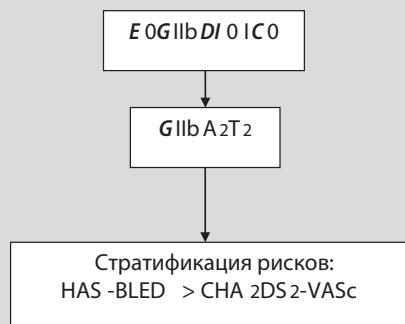
Таким образом, учитывая преимущественно более высокий риск рецидива кровотечения на фоне комбинированной антитромботической терапии, сроки после стентирования коронарных артерий и проведение процедуры с использованием голометаллических стентов, от возобновления терапии плавиксом, а также варфарином было решено воздержаться, продолжена терапия кардиомагнилом в дозе 75 мг/сут.

При выписке: жалоб не предъявляет. При-
знаков рецидива желудочно-кишечного кро-
вотечения нет. Кожные покровы физиологиче-
ской окраски и влажности. Температура тела
нормальная. Отеков нет. Над легкими дыха-
ние везикулярное, проводится во все отделы,
хрипы не выслушиваются. ЧДД 16 в мин. Тоны
сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 56
в мин. АД 125/70 мм рт. ст. Живот мягкий, без-
болезненный при глубокой пальпации. Печень
у края реберной дуги. ЭКГ 15.03: синусовая бра-
дикардия, ЧСС 46 уд/мин. ЭКГ без выраженной

динамики. ТЭК – 1 этаж, реакция физиологиче-
ская. АД 130/70–135/60, ЧСС 64–73–61 уд в мин.
Без жалоб. ТЭК 500 м, реакция физиологическая.
Без жалоб.

В удовлетворительном состоянии пациен-
ка выписана для продолжения амбулаторного
лечения.

Таким образом, **общий вид каскада** в пред-
ставленном клиническом случае, согласно пред-
лагаемой «Московской классификации», выгля-
дит следующим образом:



Выводы

1. Разработанная формула **общей шкалы** позволя-
ет специалисту оценить уровень обследования
пациента, а также локализацию и степень по-
ражения слизистой при подозрении на наличие
желудочно-кишечного кровотечения на фоне
применения НПВС и/или антитромботических
препаратов;
2. Разработанная формула **расширенной (уточня-
ющей) шкалы** позволяет характеризовать наибо-
лее тяжелое повреждение желудочно-кишечного
тракта с учетом тяжести кровопотери и риска
тромбоэмболических осложнений;
3. Соотношение результатов оценки состояния па-
циента с помощью шкал HAS-BLED и CHA2DS2-
VASc в рамках разработанной Русской класси-
фикации позволяет провести **стратификацию
рисков** рецидива кровотечения и тромбоэмбо-
лических осложнений;
4. Применение «Московской классификации» по-
зволяет с высокой степенью эргономичности
перейти к клиническим рекомендациям, как
руководству для определения дальнейшей так-
тики ведения пациентов с тяжелой коморбидной
патологией.

Заключение

Предлагаемая «Московская классификация» по-
вреждений слизистой пищеварительного тракта
нестероидными противовоспалительными и пре-
паратами для понижения свертывания крови
(Л. Б. Лазебник, Г. В. Белова) является свидетель-
ством медицины «Трех П» – персонализированной,
профилактической и предиктивной, так как за

простой формулой стоит учет значительного числа
гендерных, анамнестических, функциональных
и клинико-лабораторных показателей.

Применение «Московской классификации» отно-
сится к системе поддержки принятия решения в от-
ношении тактики ведения крайне сложной катего-
рии пациентов с тяжелой коморбидной патологией.

Литература | Reference

1. D'Onofrio G, Safdar B, Lichtman JH, Strait KM, Dreyer RP, Geda M, Spertus JA, Krumholz HM. Sex differences in reperfusion in young patients with ST-segment-elevation myocardial infarction: results from the VIRGO study. Circulation. 2015;131:1324–1332. doi: 10.1161/CIRCULATION.114.012293.
2. Dreyer RP, Wang Y, Strait KM, Lorenze NP, D'Onofrio G, Bueno H, Lichtman JH, Spertus JA, Krumholz HM. Gender differences in the trajectory of recovery in health status among young patients with acute myocardial infarction: results from the variation in recovery: role of gender on outcomes of young AMI patients (VIRGO) study. Circulation. 2015;131:1971–1980. doi: 10.1161/CIRCULATION.114.014503.
3. Stefanini GG, Baber U, Windecker S, Morice MC, Sartori S, Leon MB, Stone GW, Serruys PW, Wijns W, Weisz G, Camenzind E, Steg PG, Smits PC, Kandzari D, Von Birgelen C, Galati-
us S, Jeger RV, Kimura T, Mikhail GW, Itchhaporia D, Mehta L,

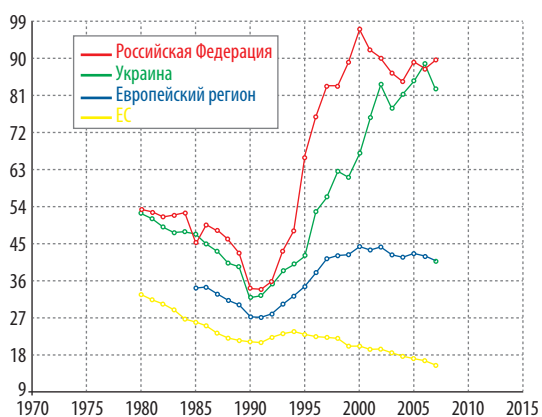
- Ortega R, Kim HS, Valgimigli M, Kastrati A, Chieffo A, Mehran R. Safety and efficacy of drug-eluting stents in women: a patient-level pooled analysis of randomised trials. *Lancet*. 2013;382:1879–1888. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61782-1.
4. Kalyani RR, Lazo M, Ouyang P, Turkbey E, Chevalier K, Brancati F, Becker D, Vaidya D. Sex differences in diabetes and risk of incident coronary artery disease in healthy young and middle-aged adults. *Diabetes Care*. 2014;37:830–838. doi: 10.2337/dc13-1755
5. Leifheit-Limson EC, D'Onofrio G, Daneshvar M, Geda M, Bueno H, Spertus JA, Krumholz HM, Lichtman JH. Sex differences in cardiac risk factors, perceived risk, and health care provider discussion of risk and risk modification among young patients with acute myocardial infarction: The VIRGO Study. *J Am Coll Cardiol*. 2015;66:1949–1957. doi: 10.1016/j.jacc.2015.08.859.
6. Wilmont KA, O'Flaherty M, Capewell S, Ford ES, Vaccarino V. Coronary heart disease mortality declines in the United States from 1979 Through 2011: evidence for stagnation in young adults, especially women. *Circulation*. 2015;132:997–1002. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.115.015293.
7. 1-й Всероссийский Форум антикоагулянтной терапии (ФАКТ-2016): сборник тезисов докладов на конференции Язык: русский ISBN: 978-5-7396-0357-9, 2016, 64с, Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Москва).
1 Vserossiiskiy Forum antocoagulantnoy terpii (FAKT-2016): sbornik tezisov I dokladov na konferencii yasik russkiy ISBN: 978-5-7396-0357-9, 2016, 64s, Pervii Moskovskii medicinskiy universitet im. I. M. Sehenova Ministerstva zdravooshranenia I socialnogo razvitiya (Moskva)
8. Mosca L, Hammond G, Mochari-Greenberger H, Towfighi A, Albert MA; American Heart Association Cardiovascular Disease and Stroke in Women and Special Populations Committee of the Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, Council on Cardiovascular Nursing, Council on High Blood Pressure. Fifteen-year trends in awareness of heart disease in women: results of a 2012 American Heart Association national survey. *Circulation*. 2013;127:1254–1263, e1. doi: 10.1161/CIR.0b013e318287cf2f.
9. Tamis-Holland JE, Lu J, Korytkowski M, Magee M, Rogers WJ, Lopes N, Mighton L, Jacobs AK; BARI 2D Study Group. Sex differences in presentation and outcome among patients with type 2 diabetes and coronary artery disease treated with contemporary medical therapy with or without prompt revascularization: a report from the BARI 2D Trial (Bypass Angioplasty Revascularization Investigation 2 Diabetes). *J Am Coll Cardiol*. 2013;61:1767–1776. doi: 10.1016/j.jacc.2013.01.062.
10. Dehmer GJ, Weaver D, Roe MT, Milford-Beland S, Fitzgerald S, Hermann A, Messenger J, Moussa I, Garratt K, Rumsfeld J, Brindis RG. A contemporary view of diagnostic cardiac catheterization and percutaneous coronary intervention in the United States: a report from the CathPCI Registry of the National Cardiovascular Data Registry, 2010 through June 2011. *J Am Coll Cardiol*. 2012;60:2017–2031. doi: 10.1016/j.jacc.2012.08.966.
11. Koopman C, Vaartjes I, Heintjes EM, Spiering W, van Dis I, Herings RM, Bots ML. Persisting gender differences and attenuating age differences in cardiovascular drug use for prevention and treatment of coronary heart disease, 1998–2010. *Eur Heart J*. 2013;34:3198–3205. doi: 10.1093/eurheartj/ehs368.
12. Ступин В. А., Баглаенко М. В., Канн В. И., Силуянов С. В., Тропинин Р. Ю., Ардабацкий Л. Р., Соколов Р. С., Мартыросов А. В. Структура летальности при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. // Хирургия им. Н. И. Пирогова. – 2013. – №5. – С. 31–35/.
- Stupin V. A., Baglaenko M. V., Kann V. I., Siluyanov S. V., Tropinin R. U., Ardabatskii L. R., Sokolov R. S., Martirosov A. V. Struktura letalnosti ghybyazvennish gastroduodenalnish krvotecheniyash. // Chirurgiya im. N. I. Pirogova. – 2013. – №5. – С. 31–35/.
13. Иванова Е. В. Возможности современных методов энтероскопии в диагностике и лечении заболеваний тонкой кишки / Е. В. Иванова, Е. Д. Федоров, О. И. Юдин и др. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология – 2010. – № 5 – С. 104–112.
Ivanova E. V. Vozmognosti sovremennich metodov enteroscpii v diagnostike I lechenii zabolevanii tonkoi kishki/ Ivanova E. V., Fedorov E. D., Yudin O. I. i dr. // Eksperimentalnaya I klinicheskaya gsatroenterologiya-2010.-№5.-S.104–112/
14. Федоров Е. Д., Юдин О. И., Петров Д. Ю., Степнов, М. В., Иванова Е. В. Эффективность применения эндоскопической аргонплазменной коагуляции в сравнении с биполярной диатермокоагуляцией при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2008. – № 6. – С. 33–37.
Fedorov E. D., Yudin O. I., Petrov D. U., Stepnov M. V., Ivanova E. V. Effektivnost primeneniya endoscopicheskoy argonoplazmennoy coaguliatsii v sravnenii s bipoliarnoy diatermocoaguliatsiey pri yazvennish gastroduodenalnish krvotecheniyash. // Rossiiskiy gurnal gastroenterologii, gepatologii, coloproctologii.-2008.-№6.-S.33–37.
15. Иванова Е. В. Диагностическая и лечебная эндоскопия тонкой кишки с использованием однокатетерной энтероскопии / Е. В. Иванова, Е. Д. Федоров, М. Е. Тимофеев и др. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2008. – Прилож. № 32 – С. 185.
Ivanova E. V. Diagnosticheskaya i lechebnaya endoscopiya tonkoy kishki s ispolzovaniem odnoballonnoy enteroskopa/ E. D. Fedorov, E. V. Ivanova, M. E. Timofeev i dr. // Rossiiskiy gurnal gastroenterologii, gepatologii, coloproctologii.-2008.-Prilog. N32.-S.185.
16. Fedorov E., Ivanova E., Timofeev M., Yudin O. The extent, limits and complications of diagnostic and therapeutic single-balloon enteroscopy in patients with small bowel abnormalities. *Gut* 2009, Vol.57, A233
17. Guidelines for the management of atrial fibrillation, ESC, 2010 // European Heart Journal doi:10.1093/eurheartj/ehq278
18. Haely J. S., Eikelboom J., Douketis J. Periprocedural bleeding and thromboembolic events with dabigatran compared with warfarin: results from the Randomized Evaluation of Long-Term Anticoagulation Therapy (RE-LY) randomized trial // *Circulation* 2012;126:343–8
19. Heart Disease and Stroke Statistics 2010 Update: A Report From the American Heart Association // *Circulation* 2010;121; e46-e215
20. Hawkins NM, Scholes S, Bajekal M, Love H, O'Flaherty M, Raine R, Capewell S. The UK National Health Service: delivering equitable treatment across the spectrum of coronary disease. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2013;6:208–216. doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.111.000058
21. Lip GY et al. Identifying patients at risk of stroke despite anticoagulation // *Stroke* 2010 in press
22. Ko DT, Wijeyesundera HC, Udell JA, Vaccarino V, Austin PC, Guo H, Velianou JL, Lau K, Tu JV. Traditional cardiovascular risk factors and the presence of obstructive coronary artery disease in men and women. *Can J Cardiol*. 2014;30:820–826. doi: 10.1016/j.cjca.2014.04.032.
23. Rechenmacher S. J., Fang J. C. Bridging anticoagulation: primum non nocere // *J Am Coll Cardiol*, 2015, 66:1392–1403.
24. Sherwood M. W. et al. Perioperative Management of Patients on the New Oral Anticoagulants // *Circulation*. 2014;129:1850–1859

К статье

Систематизирующая классификация мультифокальных повреждений слизистой оболочки пищеварительного тракта нестероидными противовоспалительными (НПВП) и антитромботическими (АТП) препаратами («Московская классификация») (стр. 19–27)

To article

Systemtizing classification of multifocal lesions of the mucosa of the digestive tract by non-steroidal anti-inflammatory and antitrombotic drugs ("Moscow classification") (p. 19–27)



Число впервые выявленных пациентов с кардиологической патологией на 100тыс. населения.
The number of newly diagnosed patients with cardiac pathology per 100,000 of the population.

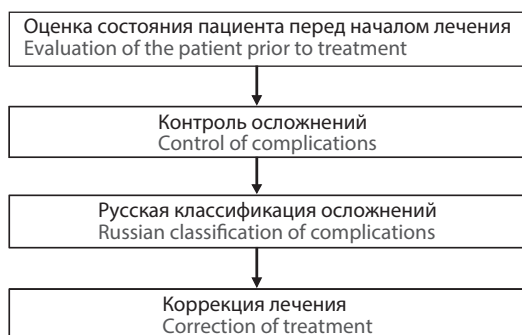
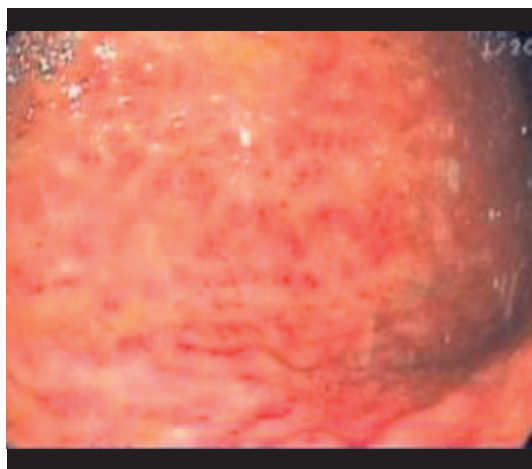


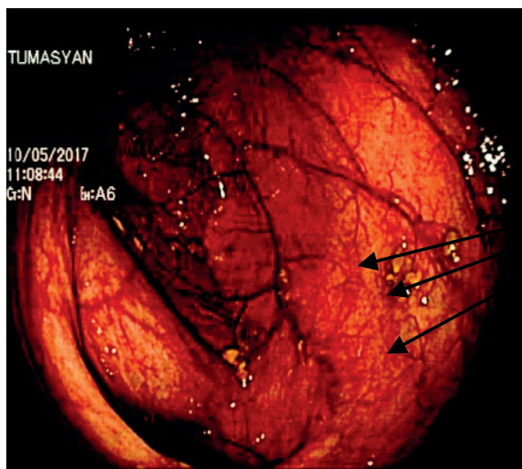
Рисунок 1.
Figure 1.

Рисунок 2.
Figure 2.

Алгоритм ведения пациентов с НПВС и/или антитромботической терапией
Algorithm for managing patients with NSAIDs and / or antithrombotic therapy



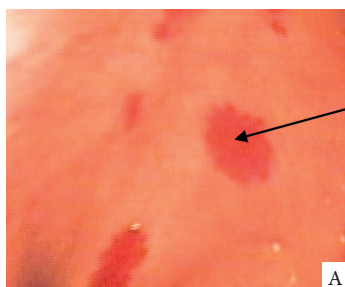
Эндифото: 0 – нет кровотечения.
Endophoto: 0 – no bleeding.



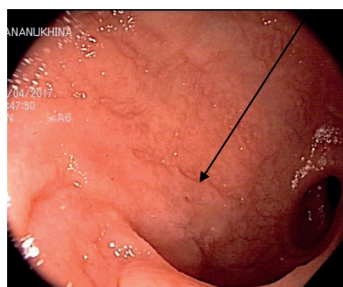
Эндифото. Неэрозивные изменения (reddened lesion): расширенные извитые сосуды в толстой кишке.
Endophoto. Erosive changes (reddened lesion): expanded crimped vessels in large intestine.

Рисунок 3.
Figure 3.

Рисунок 4.
Figure 4.



Эндифото. Подслизистые кровоизлияния (геморрагии) в тонкой кишке в виде красных пятен диаметром до 1 см.
Endophoto. Submucous hemorrhages (hemorrhages) in small intestine in the form of red spots with a diameter of up to 1 cm.



Эндифото. Эрозивно-язвенные изменения терминального отдела тонкой кишки: а – эрозии, б – острые язвы
Endophoto. Erosive-ulcerative changes in the terminal part of small intestine: a – erosion, b – acute ulcers.

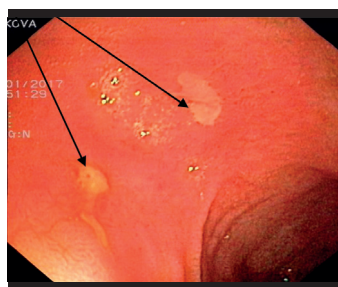
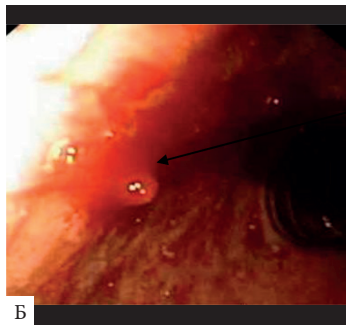
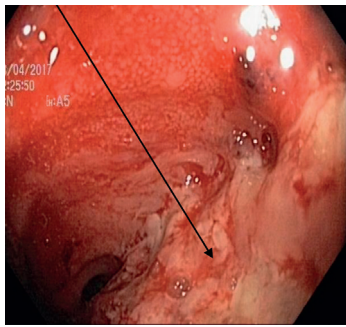
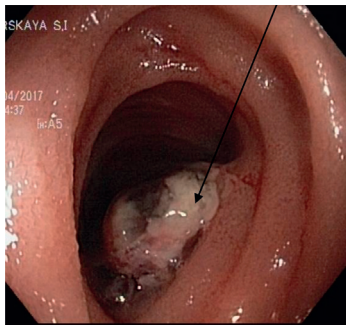


Рисунок 5.
Figure 5.

Рисунок 6.
Figure 6.

Рисунок 7.
Figure 7.

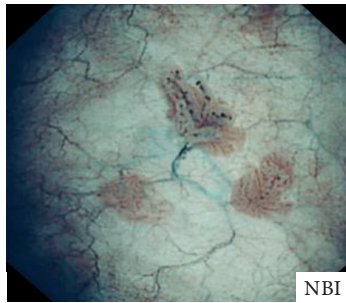
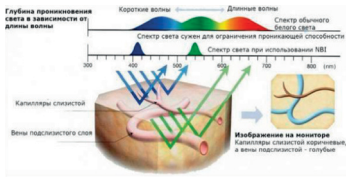
Рисунок 8.
Figure 8.



Эндофото. Кровоточащие опухоли терминального отдела тонкой кишки:
а – карциноид, б – муцинозная аденокарцинома
Endophoto. Bleeding tumors of the terminal section of small intestine:
a – carcinoid, b – mucinous adenocarcinoma

Эндофото: продолжающееся кровоте-
чение из аррозированного сосуда
Endophoto: continuing bleeding from an ar-
rosized vessel

Рисунок 9.
Узкоспектральная эндо-
скопия
Figure 9.
Narrow-spectral endoscopy



а – глубина проникновения света в зависимости от различных спектров (схема)
a – penetration depth of light in various spectra (scheme)

б – эндофото: осмотр капиллярного рисунка: расширенные сосуды с участками капилляростаза в белом свете и при NBI-эндоскопии.
b – endophoto: examination of the capillary pattern: dilated vessels with capillarostasis in white light and with NBI-endoscopy

Рисунок 10.
Эндофото. Колоноскопия с осмотром терминального отдела тонкой кишки: кровотечение из аррозированного сосуда.
Figure 10.
Endophoto. Colonoscopy of the terminal section of small intestine: bleeding from an arrosized vessel

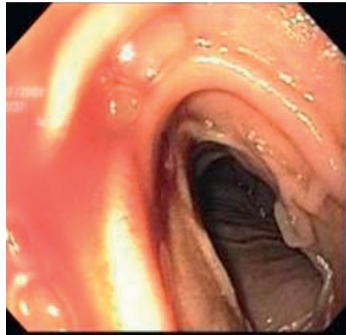
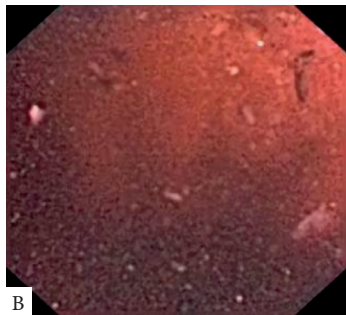
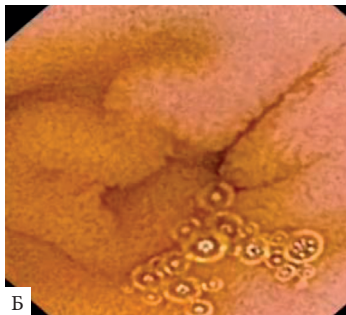
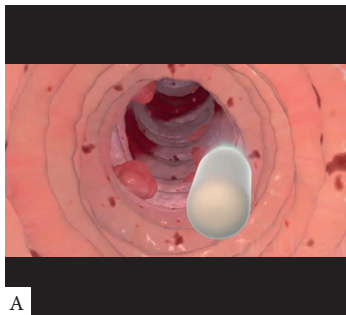


Рисунок 11.
Видеокапсульная энтеро-
скопия
Figure 11.
Capsule enteroscopy



а – схема прохождения капсулой тон-
кой кишки
a – scheme of capsule passage of small
intestine

б – вид тонкой кишки в норме
b – form of small intestine is normal

в – кровотечение из тонкой кишки
c – bleeding from small intestine



А

а – однокатетровая энтероскопия

a – Single-balloon endoscopy



Б

б – двухкатетровая энтероскопия

b – Double-balloon endoscope



Рисунок 12.
Энтероскопия
Figure 12
Enteroscopy



в – рентгенологический контроль проведения энтероскопа

c – X-ray control of enteroscopy



г – кровотечение из тонкой кишки.

d – bleeding from the small intestine.

Рисунок 12.
Figure 12.