

13. ОСОБЛИВОСТІ АНТИКОАГУЛЯНТНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ ІЗ СУПУТНЬОЮ ПЕРСИСТУЮЧОЮ ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ

**Б.М. Голдовський, І.А. Кулініч,
Ю.О. Чемерис**

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, м. Запоріжжя

Ревматоїдний артрит (РА) — тяжке прогресуюче системне захворювання сполучної тканини (СЗСТ). Через аутоімунні запальні механізми поширеність міокардіофіброзу у хворих на РА значно вища, ніж у пацієнтів із фібриляцією передсердь (ФП) в цілому. Крім того, аутоімунне запалення пов'язує СЗСТ з вегетативною дисфункцією, включаючи надмірну активацію симпатичної нервової системи та пригнічення парасимпатичної активності. Прийом кортикостероїдів, метотрексату та інших цитостатиків також підвищує ризик порушень ритму. Найпоширенішими порушеннями ритму при більшості проявів РА вважаються передсердні аритмії (переважно ФП). Ризик масивних кровотеч при РА значно підвищується насамперед у зв'язку з прийомом НПЗП, глюкокортикоїдів і певною мірою — базисної терапії. Це, а також відсутність рекомендацій щодо антикоагулянтної терапії у хворих на ФП при РА викликає занепокоєння щодо підвищення ризику кровотеч і недооцінку небезпеки кардіоемболічних ускладнень ФП.

Мета: оцінити охоплення хворих на РА з ФП антикоагулянтною терапією та ризик кровотеч при застосуванні антикоагулянтів.

Матеріали та методи. Обстежено 40 пацієнтів з персистуючою ФП незалежно від поточного стану контролю ритму на базі кардіореumatологічного відділення КНП «Міська лікарня № 10» Запорізької міської ради в 2020–2024 рр. З них — 20 пацієнтів з РА. Діагноз РА встановлювали відповідно до критеріїв Європейського альянсу ревматологічних асоціацій (European Alliance of Associations for Rheumatology — EULAR) / Американського коледжу ревматології (American College of Rheumatology — ACR) 2010 р. Включали пацієнтів з II–III стадією, з досягнутою ремісією. Діагноз ФП встановлювали і антикоагулянти призначали відповідно до рекомендацій Європейського товариства кардіологів (European Society of Cardiology — ESC) 2020 р. В якості антикоагулянта призначали ривароксабан, обраний з логістичних міркувань. Усім пацієнтам з РА призначали пантопразол 40 мг/добу на період прийому антикоагулянтів, пацієнти були проінструктовані уникати прийому НПЗП. Розраховували кількість балів за шкалою CHA2DS2VASc. Оцінювали модифіковані фактори ризику великих кровотеч, пацієнти з факторами ризику кровотечі отримували рекомендації щодо їх модифікації і виключалися з дослідження. Визначалася функція нирок шляхом розрахунку швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) за креатиніном. Пацієнти з ШКФ <30 мл/хв виключалися з дослідження. Супутня терапія оцінювалася на момент включення та

за рік спостереження методом інтерв'ю. Також через рік проводилася оцінка великих кровотеч та емболічних подій за останній рік методом інтерв'ю та шляхом моніторингу електронних медичних записів.

Результати. Серед пацієнтів з РА та персистуючою ФП перед включенням до дослідження 45% (9 пацієнтів) ситуативно приймали НПЗП, 35% (7) — глюкокортикоїди (метилпреднізолон в стабільній дозі протягом мінімум 3 міс, $6,28 \pm 1,35$ мг). 5 пацієнтів з РА (25%) приймали антикоагулянти (2 — ривароксабан 15 мг, 2 — ривароксабан 20 мг, 1 — дабігатран 110 мг 2 рази на добу). 11 пацієнтів з ФП без РА вже отримували антикоагулянти, 2 пацієнти ситуативно приймали НПЗП. За рік у групі пацієнтів із персистуючою ФП без РА 2 пацієнти повідомили про значущі носові кровотечі, 1 пацієнтка — про кров'янисті виділення зі статевих органів, самостійно відмінила антикоагулянт. У 5 випадках повідомлено про схильність до шкірних гематом, суб'єктивно збільшену тривалість кровотечі при пораненнях. Жоден пацієнт не приймав НПЗП. У групі пацієнтів з ФП та РА 3 пацієнти повідомили про випадки прийому НПЗП протягом року, 1 пацієнт — про випадок госпіталізації з кровотечею з виразки шлунка, 1 — про гемороїдальну кровотечу. З 1 пацієнтом не вдалося зв'язатися. Про емболічні події пацієнти не повідомляли.

Висновки. Антикоагулянти застосовуються недостатньо широко як у пацієнтів із ФП без РА, так і при поєднанні РА та ФП. При відповідній корекції модифікованих факторів ризику кровотеч застосування антикоагулянтів у хворих на ФП з РА безпечне та ефективне.

14. ДВА ШЛЯХИ ОДНОГО ІМУНІТЕТУ: ПСОРІАТИЧНА АРТРОПАТІЯ І ПОЗАСУГЛОВОВІ ПРОЯВИ

А.О. Данилик

*КНП ЛОР «Львівська обласна клінічна лікарня»,
м. Львів*

Псоріатична артропатія (ПсА) — хронічне системне імунізапальне захворювання, яке поєднує шкірні, суглобові та позасуглобові прояви, відображаючи єдину імуніопатогенетичну вісь Th17/інтерлейкін (IL)-23. Захворювання характеризується мультисистемністю та потребує мультидисциплінарного підходу до ведення пацієнтів.

Мета: продемонструвати клінічний випадок поєднання псоріатичної артропатії з позасуглобовим проявом — фронтальною фіброзуючою алопецією, що підкреслює роль спільних імунних механізмів у патогенезі захворювання.

Матеріали та методи. Описано клінічний випадок пацієнтки віком 31 рік з 5-річним анамнезом псоріазу та поступовим формуванням артропатії. Проведено клініко-лабораторне, інструментальне та морфологічне обстеження. Верифіковано діагноз: псоріатична артропатія на тлі розповсюдженого псоріазу з ураженням колінних суглобів, PASI 21,2, DAPSA28 42,21, фронтальна фіброзуюча алопеція. Призначено біологічну терапію адалімумабом