

Результаты и обсуждения. При проведении эхокардиографии (рис. 1-3) выявлена дополнительная неполная перегородка левого желудочка, отделяющая часть левого желудочка. Визуализируются аномально расположенные папиллярные мышцы, складки эндокарда и хорды – структуры, вероятно, являющиеся закладкой дополнительного атриовентрикулярного клапана, которые не нарушают работу митрального клапана. Створки митрального клапана тонкие, смыкание полное. При этом гемодинамика сердца не нарушена, регургитация на трикуспидальном клапане и клапане легочной артерии 0-1 степени – физиологическая, на митральном клапане и клапане аорты регургитации нет. Полости сердца не расширены, сократимость не изменена.

Выводы. Данный случай свидетельствует о том, что профилактические УЗИ обследования сердца оправданы. Не смотря на отсутствие клинических проявления на момент обследования, у пациента в дальнейшем возможны осложнения – недостаточность митрального клапана, атеросклеротические изменения створок в старшем возрасте. Пациенту рекомендовано динамическое наблюдение у кардиолога.

ФАРМАКОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В РАМКАХ МУЛЬТИМОРБИДНОСТИ

Плахова А.О., Сороцкая В.Н.

ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет», медицинский институт

Аннотация. Введение. В настоящее время особый научный интерес представляет рассмотрение ревматоидного артрита в рамках мультиморбидности- состояния, которое, по критериям ВОЗ, включает наличие двух и более хронических заболеваний, этиопатогенетически не связанных между собой. Наличие нескольких заболеваний у одного пациента неизбежно приводит к назначению большого количества лекарственных препаратов — полипрагмазии, что несет в себе риски нежелательных лекарственных взаимодействий и развития нежелательных побочных реакций.

Цель исследования. Определить структуру мультиморбидной патологии больных ревматоидным артритом и разработать основные подходы рациональной фармакотерапии больных ревматоидным артритом в рамках мультиморбидности.

Материалы и методы исследования. Проводилось стандартное общеклиническое обследование больных (n=119). Фиксировались все сопутствующие заболевания и все лекарственные препараты, назначенные пациенту по поводу имеющихся заболеваний.

Результаты и обсуждение. В среднем у одного больного ревматоидным артритом зарегистрировано $4 \pm 1,3$ сопутствующих заболеваний. В структуре полиморбидной патологии больных наибольший процент занимает артериальная гипертензия (62%) и заболевание почек (46%). В терапии сопутствующих заболеваний наиболее часто пациентами применяются ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (60%) и ингибиторы протонной помпы (87%).

Заключение. Таким образом, для проведения рациональной фармакотерапии мне предлагаем следующие подходы: регулярный пересмотр лекарственных назначений с целью борьбы с полипрагмазией и динамический контроль функционального состояния органов и систем, участвующих в фармакокинетических и фармакодинамических процессах, коррекция доз всех препаратов с учетом взаимодействия.

Ключевые слова: ревматоидный артрит; мультиморбидность; полипрагмазия; нежелательные лекарственные взаимодействия; фармакотерапия

В настоящее время особый научный интерес представляет рассмотрение *ревматоидного артрита (РА)* в рамках мультиморбидности – состояния, которое, по критериям ВОЗ, включает наличие двух и более хронических заболеваний, этиопатогенетически не связанных между собой [4, 6]. При таком подходе учитываются все заболевания, имеющиеся у конкретного пациента, вне зависимости от патогенеза и времени возникновения [1]. Наличие нескольких заболеваний у одного пациента неизбежно приводит к назначению большого количества лекарственных препаратов – полипрагмазии (от греч. *poly* – много + *pragma* – предмет, вещь), что несет в себе риски нежелательных лекарственных взаимодействий и развития *нежелательных побочных реакций (НПР)* [2, 3].

Цель исследования. Определить структуру мультиморбидной патологии больных РА и разработать основные подходы рациональной фармакотерапии больных ревматоидным артритом в рамках мультиморбидности.

Материалы и методы исследования. Проводилось стандартное общеклиническое обследование больных (n=119), включающее изучение медицинской документации, физикальный осмотр, оценку болевого синдрома по *визуально-аналоговой шкале (ВАШ)*, лабораторно-инструментальное исследование, консультацию специалистов узкого профиля и дополнительные методы обследования по требованию. Фиксировались все сопутствующие заболевания и все лекарственные препараты, назначенные пациенту по поводу имеющихся заболеваний.

Результаты и обсуждение. Средний возраст пациентов составил 63 года, средняя длительной болезни на момент обследования – 11 лет. Большинство пациентов были женского пола (81,5%), с умеренной степенью активности РА по индексу *DAS28*. У большего процента пациентов была зарегистрирована поздняя клиническая стадия РА, III рентгенологическая стадия и II функциональных класс.

В среднем у одного больного РА зарегистрировано $4 \pm 1,3$ сопутствующих заболеваний. В структуре полиморбидной патологии больных РА больший процент занимает АГ (62%) и заболевание почек (46%). Язвенная болезнь желудка – 14%, онкологические заболевания – 5%.

В терапии сопутствующих заболеваний наиболее часто пациентами применяются *ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ)* (60%) и *ингибиторы протонной помпы (ИПП)* (87%), *нестероидные противовоспалительные средства (НПВС)* (55%) и бета-блокаторы (52%). Антиагреганты и антикоагулянты получают 35% и 3% соответственно. В процессе сбора анамнеза у 2 пациентов выявилось длительно потребление варфарина без контроля *МНО*, у 1 пациента – ежедневное, на протяжении 2-х лет, потребление панангина.

В среднем, общее количество лекарственных препаратов, получаемых больным РА, составляет $6,2 \pm 1,3$. Так, по статистике, при применении 6 и более лекарственных препаратов риск НПР увеличивается до 25%.

Нашей целью служило рассмотрение нерациональных комбинаций основного *базисного противовоспалительного препарата (БПВП) – метотрексата (МТХ)* и других лекарственных средств, с целью разработки подходов минимизации НПР в условиях амбулаторного наблюдения.

Интересным представляется эффект взаимодействия МТХ и ИПП, ведь большинство пациентов постоянно принимают ИПП с целью защиты слизистой желудка от действия МТХ. По имеющимся данным, совместное применение этих препаратов способствует повышению плазменной концентрации МТХ и повышению риска токсических осложнений [5]. Не менее впечатляющи результаты взаимодействий МТХ с иАПФ- препаратами выбора при лечении АГ. По данным ряда исследований, холестатическое поражение печени – нечастое, но значимое осложнение этой фармакологической группы.

С учетом имеющейся информации мы предлагаем динамический контроль показателей ОАК, б/х анализ, коррекцию доз принимаемых препаратов или временную отмену препарата при необходимости.

Заключение. Таким образом, для проведения рациональной фармакотерапии мне предлагаем следующие подходы:

1. Регулярный пересмотр лекарственных назначений с целью борьбы с полипрагмазией.

2. Динамический контроль функционального состояния органов и систем, участвующих в фармакокинетических и фармакодинамических процессах, коррекция доз всех препаратов с учетом взаимодействия.

Литература

1. Гордеев А.В. и др. Оценка мультиморбидного профиля (CIRS) при ревматоидном артрите. Первые результаты // Современная ревматология. 2019; Т. 13, № 3.

2. Данилина К.С., Головина О.В., Сычев Д.А. Частота потенциально значимых межлекарственных взаимодействий у пожилых пациентов, находящихся на стационарном лечении в терапевтическом отделении. // Клиническая геронтология. 2014. Т. 20, № 1-2.

3. Манешина О.А., Белоусов Ю.Б. Полипрагмазия и лекарственные взаимодействия у пожилых пациентов. // Качественная клиническая практика. 2018. № 3. С. 90-93.

4. Barnett K. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2012;380 (9836):37–43. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60240-2. Epub 2012 May 10.

5. Patanè M. et al. Interactions among low dose of methotrexate and drugs used in the treatment of rheumatoid arthritis. *Advances in pharmacological sciences*. 2013; 1.

6. Radner H, Yoshida K, Smolen JS, Solomon DH. Multimorbidity and rheumatic conditions-enhancing the concept of comorbidity. *Nat Rev Rheumatol*. 2014 Apr;10(4):252–6. DOI: 10.1038/nrrheum.2013.212. Epub 2014 Jan 14.